FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Paul VILLECHAISE**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Né à Clermont-Ferrand, le 25 octobre 1884

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

PAR

DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Président : M. LEJARS, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Aug. BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET (André)	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MES PREMIERS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND (1904-1905)

A M. le Dr BOUSQUET, Directeur de l'Ecole

A MM. les Drs BILLARD, DIONIS du SÉJOUR,
LEPETIT, MAURIN, MORNAC

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET AMI LE Dr BUY

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur ACHARD (Tenon) 1905-1906

M. le Dr GUINARD (*in memoriam*)
(Hôtel-Dieu) 1905-1906

Externat

MM. le Professeur RECLUS (La Charité) (1906-1907)

le Dr de MASSARY —
le Dr GANDY — } (1907-1908)
le Dr JOSUÉ —

M. le Professeur Agrégé NETTER (Trousseau)
(1908-1909)

Internat provisoire

M. le Professeur Agrégé WURTZ (Hospice d'Issy)
(1909-1910)

Internat

M. le Professeur Agrégé REYNIER
(Lariboisière) 1910-1911

M. le Professeur Agrégé OMBREDANNE
(Saint-Louis 1910-1911

M. le Professeur Agrégé CUNÉO (Saint-Louis) 1910-1911

M. le Dr LAUNAY (Maison Dubois) 1911-1912

M. le Dr BOISSARD
(Maternité de Lariboisière) 1912-1913

M. le Dr CHAPUT (Hôpital Lariboisière) 1912-1913

M. le Dr ROCHARD (Saint-Louis) 1913-1914

A M. le Dr MOUCHET, Chirurgien des Hôpitaux

A MM. les Drs CHIFOLIAU, LENORMANT,
MARCILLE, A. SCHWARTZ, VEAU
Chirurgiens des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

PAR

DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

INTRODUCTION

C'est par notre Maître M. le Dr Rochard dans le service de qui nous venons d'accomplir notre quatrième année d'internat que nous avons pour la première fois vu exécuter la décollation antérieure de l'utérus par le procédé de de Martel.

Cette opération nous a d'emblée séduit par les qualités de facilité, de sécurité et d'élégance qu'elle présente.

Notre Maître a bien voulu nous la laisser exécuter nous-mêmes avec lui sur un certain nombre de malades et il nous a engagé à faire de la Décollation antérieure dans l'Hystérectomie abdominale le sujet de notre thèse.

Nous avons dans cette tâche été beaucoup aidés des conseils que nous a suggérés sa grande expérience de la technique des interventions annexielles et son haut bon sens clinique chirurgical.

Nous tenons à lui adresser en tête de ce travail l'ex-

pression de notre profonde gratitude et de notre respectueuse affection.

M. le Dr Thierry de Martel, l'auteur du procédé que nous aurons surtout en vue dans cette étude, nous a donné très bienveillamment de nombreuses indications sur la façon dont il l'avait conçu et les conditions dans lesquelles il l'exécutait.

Nous lui en tenons la plus vive reconnaissance.

Notre ami le Dr Louis Bazy s'est fait du procédé le défenseur aussi éloquent que convaincu. Nous avons fait les plus larges emprunts dans les lumineux articles qu'il a publiés sur la Technique et les Indications de la méthode. Il nous a de plus très obligeamment permis de reproduire ici les figures qui en illustrent le texte. Nous l'en remercions très cordialement.

M. le Dr J.-L. Faure, « le père de la décollation » nous a réservé le meilleur accueil lorsque nous sommes allés lui demander ses conseils sur notre sujet.

Nous lui adressons nos respectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

Les premiers chirurgiens qui essayèrent de fixer la technique de l'hystérectomie, eurent comme principale préoccupation de se débarrasser d'abord des moyens normaux de fixité de l'utérus avant de s'attaquer aux adhérences pathologiques. Le premier procédé qui leur vint à l'esprit fut de sectionner les pédicules vasculaires dans l'ordre naturel où ils se présentent, c'est-à-dire de pincer et lier successivement les deux pédicules tubo-ovariens, les deux ligaments ronds, les deux utérines et enfin de couper en dernier le col.

Mais on s'aperçut vite des inconvénients que présentait ce procédé, *anatomique* pour ainsi dire. Les chirurgiens se rendirent compte que s'il était faisable dans les cas de fibromes et de petites salpingites peu adhérentes, il était loin de répondre aux cas de lésions plus entendues et plus complexes.

Et bientôt l'on fut amené à poser ce principe, capital dans la chirurgie des suppurations annexielles, que la décortication des trompes suppurées devait être entreprise *de bas en haut* en les attaquant par-dessous, au

lieu d'essayer de les décoller de haut en bas comme précédemment. C'est qu'en effet, par l'attaque inférieure, la main trouve facilement un plan de clivage dans les adhérences molles du fond du bassin, où il y a des vides, des plans de clivage, des points où le péritoine est resté libre ; au contraire si elle aborde en premier les adhérences denses et résistantes qui se trouvent à la limite de la grande cavité péritonéale, elle se heurte à ce niveau au diaphragme plus ou moins complet et plus ou moins infranchissable qu'elles forment.

Aussi, s'inspirant de cette idée directrice, plusieurs procédés furent-ils successivement proposés.

Au temps où l'on pratiquait seulement l'**hystérectomie abdominale totale**, avant la venue de la subtotale, Doyen avait préconisé l'attaque primitive au niveau des insertions vaginales du col, pour pouvoir, celui-ci étant désinséré, aborder de chaque côté le décollement des annexes de bas en haut. Doyen, dans son procédé, commence par ouvrir le cul-de-sac postérieur, pour, attirant par l'ouverture ainsi faite le col utérin, sectionner tout autour l'insertion vaginale.

Mais ce procédé, facilement applicable pour les fibromes, est beaucoup moins praticable dans les cas de suppurations annexielles où le cul-de-sac de Douglas est toujours plus ou moins encombré ou totalement obstrué. Aussi pour remédier à cette difficulté, certains chirurgiens, et en particulier Richelot et Jonnesco, abordèrent-ils le vagin par le cul-de-sac antérieur.

Nous rappelons ces faits, qui bien qu'en apparence étrangers au sujet qui nous occupe, éveillent l'idée d'un

rapprochement avec les procédés de décollation postérieure et antérieure du col. Comme nous le verrons, le principe est le même et les auteurs sus-cités peuvent-ils jusqu'à un certain point être considérés comme des précurseurs de la méthode.

En ce qui concerne **l'hystérectomie subtotale**, plusieurs procédés mettant à exécution le principe du décollement des annexes de bas en haut furent offerts aux chirurgiens. Parmi ces procédés citons d'abord celui de Kelly et celui de Terrier.

Le *procédé de Kelly*, appelé plus communénent en France *procédé américain*, n'applique qu'à demi le principe, puisqu'on commence d'un côté à décoller les annexes de haut en bas pour pouvoir, après section du col, aborder le côté le plus difficile dans le bon sens.

Dans son procédé, *Terrier* enlève d'abord l'utérus après l'avoir séparé des annexes et des pédicules vasculaires ; puis à la faveur du champ laissé libre au milieu du bassin, la main peut aborder les annexes pardessous pour les décoller.

Mais comme nous le verrons plus tard, en faisant leur critique pour les comparer avec la décollation antérieure, ces procédés ne peuvent être facilement applicables dans tous les cas, et pour les cas difficiles, J.-L. Faure dota la chirurgie utéro-annexielle de deux merveilleux procédés : *la décollation antérieure et l'hémisection*.

Ces deux méthodes ont ceci de commun, qu'elles attaquent l'une et l'autre l'utérus en plein tissu pour se donner du jour, et qu'elles appliquent, comme le dit

de Martel, « cette règle mise en lumière par J.-L. Faure et pour laquelle toute la jeune génération chirurgicale devrait lui garder une vive reconnaissance, à savoir que *quand un utérus tient par ses annexes, la première chose à faire est de lui couper le col* ».

Mais ces deux procédés n'eurent pas la même fortune dans la pratique chirurgicale de leur inventeur.

Tandis que l'hémisection devenait pour lui un procédé d'usage très fréquent, la décollation antérieure était fort délaissée par lui et reléguée à l'état de procédé d'exception.

Plus employée par lui que la décollation antérieure est *la décollation postérieure* qu'il a également imaginée ; mais nous verrons que cette opération est plutôt un tour de main qu'un véritable procédé car elle ne s'adresse qu'aux cas faciles où l'utérus est abordable par sa face postérieure.

La décollation antérieure à été reprise par Thierry de Martel, qui, apportant à la technique de Faure des éléments nouveaux et importants, a élevé ce procédé d'exception au niveau d'une méthode générale.

Dans l'étude que nous entreprenons de la décollation antérieure, nous adoptons le plan suivant :

Après l'historique de la question, nous exposerons successivement les procédés de J.-L. Faure, de Ricard, et très en détail celui de de Martel.

Puis nous établirons le parallèle de ces procédés entre eux, et de la décollation antérieure avec les autres procédés d'hystérectomie les plus communément em-

ployés. Nous donnerons ensuite les indications de la décollation antérieure.

Avant de poser nos conclusions, reprenant ce que J.-L. Faure a appelé la *Tactique chirurgicale* dans l'hystérectomie pour salpingites, nous essayerons de fixer la place que la décollation antérieure de de Martel doit y prendre à notre idée.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

C'est **J.-L. Faure** qui, le premier en France, exécuta le 12 octobre 1900 la décollation antérieure, dans un cas de fibrome enclavé. Le 7 novembre de la même année il publiait dans le *Bulletin médical* une clinique faite par lui à l'hôpital de la Charité où, après avoir discuté les avantages respectifs de l'hystérectomie totale et de la subotale et posé la règle capitale de l'attaque première des annexes par le pôle inférieur dans les salpingites, il étudiait avec précision les indications de la décollation antérieure et de la décollation postérieure.

A ce moment il ignorait une communication faite par **Kelly** dans le *John Hopkins Hospital Bulletin* et datée du mois de mars 1900, antérieure par conséquent de huit mois à l'article du *Bulletin médical.*

Le chirurgien américain publiait avec de très belles figures à l'appui l'observation d'un fibrome dont le pôle supérieur adhérait aux intestins et qu'il enleva, ne pouvant l'isoler vers le haut, en commençant par sec-

tionner transversalement le col. La tumeur fut ensuite isolée de bas en haut, ce qui facilita singulièrement une opération très difficile.

La priorité de l'opération appartient donc à Kelly ; cependant J.-L Faure pouvait écrire avec raison : « Je ne crois manquer ni à la vérité ni à la justice, en disant que lorsqu'il a exécuté cette opération, le chirurgien de Baltimore obéissait à l'inspiration que lui dictait la nécessité de mener à bien une opération difficile. Mais il ne songeait pas à ériger cette section première du col en méthode générale comme elle le mérite et comme c'était mon intention personnelle. »

La question ne saurait être plus loyalement jugée, et c'est à juste titre que Pozzi dans la quatrième édition de son *Traité de Gynécologie*, a associé dans l'hystérectomie par décollation antérieure les noms des deux maîtres américain et français.

En juin 1901, Kelly, dans le *Saint-Paul médical journal*, préconise la décollation antérieure comme moyen de perfectionnement de l'hémisection utérine, dans les cas où les annexites englobent complètement l'utérus et en cachent le fond ; mais il ne s'occupe pas des avantages que l'on peut retirer de la section première du col dans d'autres circonstances.

Le 4 juillet 1903, J.-L. Faure publie dans la *Tribune médicale* un nouvel appel en faveur de la décollation, mais il a surtout en vue la décollation postérieure. C'est la première fois qu'il emploie le terme *d'hystérectomie abdominale par décollation* qu'il substitue à celui d'*hystérectomie subtotale par section première du col* sous

lequel il avait désigné jusque-là son opération. Bien qu'elle fût au début annoncée comme *méthode générale*, la décollation antérieure devait, comme nous l'avons dit, rester dans la pratique chirurgicale de son auteur, seulement comme *procédé d'exception*. Et encore ce procédé d'exception ne devait-il être employé par lui que très exceptionnellement : il fut presque complètement supplanté par l'hémisection ; et dans son *Traité de Gynécologie*, J.-L. Faure n'en pose l'indication que dans les cas d'annexes adhérentes de partout avec utérus rétrofléchi irréductible.

La décollation antérieure tient d'ailleurs peu de place dans la littérature chirurgicale.

Monod et Vanverts indiquent en quelques lignes la marche générale de l'opération de la décollation antérieure d'après J.-L. Faure ; ils parlent en outre de la possibilité de tailler un lambeau péritonéal antérieur avant de couper le col.

Chalot et Cestan, Hartmann signalent brièvement la méthode ; Marion dans son traité de *Technique opératoire* et Proust dans la *Collection des prosecteurs* n'en disent rien.

Mais entre temps, la décollation antérieure, délaissée par J.-L. Faure, avait trouvé un père adoptif en la personne de **Ricard** qui la pratique de préférence à l'hémisection dans les cas difficiles, l'américain étant son procédé d'usage courant.

Au début de 1909 il inspirait à son externe *Swiecinski* une thèse sur la décollation antérieure et son interne *Faix* publiait dans *la Gynécologie* la techni-

que de la décollation telle qu'elle était exécutée dans le service.

Nous tenons à signaler ici une erreur que nous avons relevée dans la thèse de Swiecinski et qui intéresse la question au point de vue historique. L'auteur, après avoir décrit la décollation antérieure, consacre un chapitre spécial à un procédé décrit par Duret (de Lille) dans la *Semaine Gynécologique* de 1897. Et il compare ce procédé à celui de J.-L. Faure, postérieur donc de trois années au précédent.

En réalité il n'est nullement question de décollation antérieure dans l'article de Duret consacré au traitement des fibromes utérins. L'auteur y expose comment après avoir sectionné les ligaments ronds et les pédicules utéro-ovariens, il tranche en dernier le col en tâchant de respecter les pédicules utérins qu'il pince et sectionne en dernier. C'est cette manœuvre rappelant un peu la manière dont son maître Ricard coupe le col utérin dans la décollation, qui a induit Swiecinski en erreur et lui a fait établir un rapprochement erroné entre une méthode opératoire et un geste d'opérateur.

Le 1er septembre 1909, de **Martel** publie dans la *Presse médicale* un article intitulé : *Quelques mots en faveur de l'hystérectomie par décollation antérieure.* L'auteur se défend modestement d'écrire quelque chose d'original et ne veut que plaider la cause de l'opération de J.-L. Faure, trop délaissée selon lui. De cet abandon, il croit voir comme raison le manque relatif de précision de la technique, surtout lorsqu'on la compare à celle si réglée des autres procédés. Mais il soutient l'excel-

lence du principe même de l'opération et veut pour le faire comprendre mieux et adopter, préciser la technique opératoire.

A cette fin, il apporte à l'opération telle que la pratiquent J.-L. Faure et Ricard *des temps nouveaux :* section des ligaments ronds, rabattement du péritoine préutérin, pincement méthodique des artères utérines, précédant la section du col et la libération des annexes.

Ce sont ces travaux d'approche qui, facilitant considérablement les derniers temps de l'opération, la rendent applicable à tous les cas, et font du procédé d'exception de J.-L. Faure une *méthode générale* qui peut disputer le pas à l'américain et à l'hémisection.

Louis Bazy, entièrement conquis au procédé de son ami de Martel, publie deux articles qui sont en même temps qu'un chaud plaidoyer, un exposé clair et documenté de la méthode et de ses indications. Ce sont la *Technique de l'hystérectomie par décollation antérieure* dans la *Revue de Gynécologie* d'octobre 1912, et *les Indications et Résultats de l'hystérectomie par décollation antérieure,* — en collaboration avec Chambard. — dans la *Revue de Gynécologie* de septembre 1912.

En 1913, deux articles sont publiés sur le sujet : l'un de *Barnsby*, dans les *Archives d'Obstétrique et Gynécologie* de mai 1913 où l'auteur, après des considérations de technique, insiste sur la facilité de la méthode qu'il qualifie de « merveilleuse » ; l'autre de *Ricard* qui après avoir à nouveau exposé la technique et les avantages du procédé tel qu'il le pratique, termine en refusant à la méthode le caractère de généralité que lui prêtent

de Martel et Bazy : « Vouloir, dit-il, l'enserrer dans des règles rigides et compliquées de libération méthodique des ligaments, de dénudation préalable des artères, c'est ne pas comprendre le caractère de ce procédé, qui comme tous les procédés de nécessité, ne peut qu'être indiqué dans ses grandes lignes et dont le chirurgien précise les détails et les approprie à chaque cas particulier ». Nous verrons jusqu'à quel point ces reproches sont mérités.

Dans la deuxième édition de son *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* parue récemment, J.-L. Faure approuve pleinement certaines modifications apportées à la décollation par de Martel qui, dit-il, « a la claire vision de la vraie chirurgie », mais il persiste à refuser à la méthode un caractère de généralité et à croire que le procédé américain et l'hémisection lui demeurent supérieurs dans la grande majorité des cas.

CHAPITRE III

TECHNIQUE DE J.-L. FAURE

J.-L. Faure donne dans son *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale* des détails assez succincts sur la façon de procéder à la décollation antérieure. Voici ce qu'il dit :

« Une bonne pince de Museux est amarrée sur la partie inférieure du corps de l'utérus, au-dessus de l'isthme, à un centimètre au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, et avec des ciseaux courbés on sectionne l'isthme, d'avant en arrière, ce qui se fait sans risques et sans difficulté. On pince et on sectionne l'utérine de chaque côté.

« Il est alors en général assez simple d'amener en avant la partie inférieure du corps de l'utérus, d'introduire les doigts derrière lui et de décoller aussi, en allant de bas en haut, des adhérences qui paraissaient presque invincibles lorsqu'on voulait les attaquer de haut en bas.

« Cela est d'autant plus facile à comprendre, que très souvent, presque toujours même pourrait-on dire, le

fond du Douglas dans lequel on pénètre immédiatement dès la décollation utérine, est libre d'adhérences et que la face postérieure du corps utérin ne tient pas aux parties voisines, même lorsque le fond de l'utérus et les annexes leur sont unis par un épais feutrage d'adhérences inextricables. »

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DE RICARD

Cette technique est décrite en détail dans l'article de Faix et dans celui de Ricard lui-même, d'où nous la transcrivons dans ses parties essentielles.

Ricard se met *à droite* de l'opérée ; il prétend que cette position est nécessaire pour bien exécuter la décollation antérieure et que les opérateurs se plaçant à gauche ont plutôt tendance à exécuter l'hémisection.

Il conseille de descendre l'incision abdominale le plus bas possible sur le pubis pour faciliter l'accès sur la face antérieure de l'utérus.

Le fond de l'utérus est saisi par une pince de Museux à dents fortes et larges. L'utérus est ainsi tiré sur la région ombilicale par la main gauche de l'opérateur. La traction doit être faite dans l'axe utérin, sans inclinaison ni torsion.

La face antérieure de l'utérus est alors nettement repérée, déblayée de ses adhérences à l'aide d'une compresse qui frotte et refoule, aidée ou non du bistouri. Ricard insiste sur la nécessité de ce temps qui abaisse la

vessie et rend bien visible la face antérieure de l'isthme.

Le bistouri trace alors une incision transversale qui sectionne le péritoine et permet à la compresse de décoller et repousser encore la vessie et de dénuder la face antérieure du col utérin.

Cette incision est une modification heureuse apportée à la technique de J.-L. Faure. Celui-ci, en effet, procédant sans doute par analogie avec ce qu'il fait dans la décollation postérieure, attaque d'emblée aux ciseaux la face antérieure de l'isthme au travers du péritoine. Cette façon de faire qui lui permet de sectionner rapidement et sans danger l'utérus par la face postérieure, n'est pas sans périls dans l'abord antérieur et expose à entamer la paroi vésicale.

Puis avec une pince de Museux, Ricard fait une bonne prise transversale au-dessus de l'isthme qu'il cherche à attirer à lui perpendiculairement au plan de l'utérus, l'effort de cette pince tendant à présenter au chirurgien le point où va porter son bistouri et à décoller l'utérus de ses adhérences postérieures.

Sous la traction de cette pince, l'utérus se plie, « fait le gros dos ». C'est alors que juste au-dessous de la pince, la main droite du chirurgien tenant le bistouri ferme bien perpendiculairement au plan utérin, plonge la lame un peu en dedans du bord utérin gauche de façon à ménager l'utérine gauche, et par des mouvements de va-et-vient se dirigeant de gauche à droite sectionne perpendiculairement le col utérin et s'arrête avant le bord droit de l'utérus, c'est-à-dire avant l'artère utérine droite.

Ce mouvement transversal du bistouri doit être répété plusieurs fois jusqu'à ce que la main gauche de l'opérateur fortement amarrée sur la pince sente que l'utérus cède, que la plaie utérine s'écarte. Le col utérin n'est plus maintenu que par trois points : les deux utérines et le péritoine postérieur.

Le bistouri est alors posé et remplacé par l'index droit qui, s'enfonçant dans la plaie, procède à l'effondrement du péritoine postérieur et à la dilacération du tissu utérin qu'a épargné le bistouri.

Pendant ce temps, la main gauche continue à exercer une traction forte et régulière, cherchant à faire bâiller la plaie utérine ; tout d'un coup l'index sent la voie s'ouvrir devant lui, la plaie s'écarte, devient béante, le doigt passe derrière l'utérus où grâce à la traction en avant de la pince une sorte de vide s'est créé : la décollation est effectuée.

Ce temps de la traversée utérine est le temps délicat du procédé ; aussi Ricard conseille-t-il à l'opérateur inexpérimenté d'avancer plus timidement et en tâtonnant ; mais avec l'habitude et l'expérience on arrive à avoir la notion du moment où il faut abandonner le bistouri pour effondrer du doigt le fond de la plaie.

On va maintenant procéder à la ligature des pédicules utérins. Si les artères utérines ont été respectées, rien n'est facile comme de les sectionner entre deux pinces.

Les artères liées et sectionnées, la béance produite par la décollation augmente encore. Il est alors facile d'introduire les doigts à travers la plaie et d'aller décol-

ler de bas en haut les annexes adhérentes et de les amener à la surface du champ opératoire.

On termine par la section et la ligature du ligament rond et du pédicule utérin-ovarien d'un côté puis de l'autre.

Ricard et Faix font suivre leur description technique de certaines considérations critiques que voici :

Danger d'ouverture de la vessie. — Moindre que dans d'autres procédés, car la nécessité de reconnaître et de repérer l'isthme force l'opérateur à un décollement complet.

Danger de blessure de l'uretère. — Moindre également, car l'utérus étant fortement attiré, l'utérine se sépare de l'uretère qui reste beaucoup plus en dehors.

Danger de la section prématurée des utérines. — C'est là un accident plus fréquent. Mais les auteurs ne le considèrent que comme un simple incident auquel on remédie rapidement avec une pince. Ricard conclut : « Ne pas couper les utérines avant la terminaison de l'opération est plus élégant, les couper est chose insignifiante et sans aucune importance, l'hémostase en étant des plus aisées et des plus rapides. »

Danger d'ouverture du rectum. C'est là un accident très improbable. En effet, comme le fait très justement remarquer Ricard, « ou bien le Douglas est libre en partie et dans ce cas une longue pince insinue au-devant du rectum une épaisse mèche de gaze. Ou, ce qui est la règle, le Douglas est rempli de masses annexielles qui s'interposent entre le rectum et l'utérus. Dans ce cas, si l'on combine bien les tractions de la pince

avec la marche du bistouri, l'opérateur sent nettement le fond de la plaie se déchirer et s'écarter avant que le bistouri ne l'ait franchi. D'ailleurs pour plus de sûreté à ce moment, il faut poser le bistouri et terminer avec le doigt.

Danger d'infection par la cavité cervicale. — La pénétration immédiate dans la cavité septique du col expose le chirurgien à se salir les mains dès le début de l'opération. Mais Faix ajoute que n'employant le procédé que dans les cas difficiles où seule l'hémisection pourrait être employée à la place, le danger d'infection par la cavité utérine est encore moindre que dans cette dernière opération.

Nous verrons cette objection d'infection par le col prendre toute sa valeur quand nous discuterons l'emploi de la méthode de Martel dans les cas plus faciles, où un autre procédé pourrait être indifféremment employé.

CHAPITRE V

TECHNIQUE DE DE MARTEL

Nous allons décrire le procédé d'hystérectomie par décollation antérieure tel que l'a conçu et décrit de Martel, tel que l'a mis au point et argumenté Louis Bazy, tel que nous l'avons vu exécuter par notre maître M. le Dr Rochard et exécuté nous-mêmes avec lui dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

Nous prendrons comme type de description une hystérectomie pour salpingite bilatérale suppurée.

A. — Préliminaires de l'opération

Soins préopératoires. — Nous ne parlerons pas du traitement subi par l'opérée avant l'intervention. Il est partout le même ou à peu de chose près.

Instrumentation. — Pour chaque opération deux boîtes d'instruments sont préparées. Dans la première sont tous les instruments devant servir à l'hystérectomie proprement dite ; dans une deuxième de dimensions beaucoup plus réduites sont les instruments des-

tinés à la réfection de la paroi et qu'on n'ouvrira qu'à ce moment après avoir changé de gants et de plateaux. On évite ainsi grandement les dangers de suppuration de la paroi abdominale.

La première boîte renferme :

1° un bistouri;

2° une pince à disséquer ordinaire et une longue ;

3° une paire de ciseaux droits, une paire de courbes ;

4° une paire de ciseaux de Dubois ;

5° une douzaine de pinces hémostatiques ;

6° une douzaine de pinces de Kocher à mors assez longs de façon à pouvoir étreindre facilement un pédicule un peu large ;

7° 2 pinces de Museux ;

8° 2 pinces à utérines de J.-L. Faure ou deux pinces à utérines de de Martel.

Ces pinces avaient été construites par de Martel alors qu'il était interne de notre maître M. le Dr Rochard. Elles diffèrent de celles de J.-L. Faure en ce que leurs mors au lieu d'être simplement incurvés et se continuer insensiblement avec la tige, forment avec cette dernière un angle véritable de 120 degrés environ.

Ces pinces présentent les avantages suivants : elles saisissent très facilement les pédicules utérins et une fois en place ne gênent nullement l'opérateur pour la section du col : on n'a qu'à couper au-dessus des mors qui sont disposés transversalement, dans le prolongement l'un de l'autre, les tiges étant rejetées en dehors.

9° Une aiguille de Reverdin courbe, et une aiguille à pédale ;

10° La valve de Rochard.

Cette valve (fig. 1), dont l'éloge n'est pourtant plus à faire, n'est pas d'un usage aussi généralisé qu'elle devrait l'être.

La valve proprement dite ne diffère pas de celle de

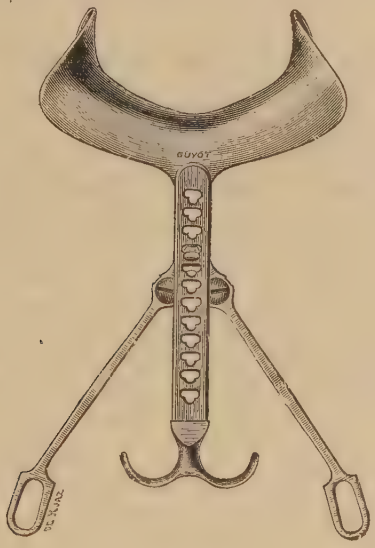

FIGURE 1
Valve de Rochard

Doyen, mais le support au lieu de se composer de 2 grandes branches interfémorales difficiles à transporter et à placer, consiste simplement en une sorte de compas dont les 2 extrémités élargies et aplaties sont perforées de deux orifices dans lesquels on introduit deux crochets rivés sur les fixes-cuisses préalablement recouverts d'un champ. Le support reste donc complètement au-dessus du champ, ce qui est une réelle sécurité au point de vue de l'asepsie.

Ajoutons que pour les cas où l'on aurait à opérer sur une table ne présentant pas de fixe-cuisses à crochets, on peut, comme l'a fait Louis Bazy, se faire faire 2 petites plaquettes munies de crochet et qui se fixent au moyen de courroies sur les cuisses mêmes de la malade garanties de la stricture par une couche d'ouate.

Position de l'opérateur. — L'opérateur se place à gauche de la malade. Un certain nombre de chirurgiens, Ricard en particulier, se mettent à droite, et nous avons dit que ce dernier croyait voir dans le fait de cette position une prédisposition naturelle à préférer la décollation à l'hémisection. Il faut reconnaître en effet que l'opérateur placé à droite aborde facilement le col au bistouri, sa main gauche étant utilisée à exercer la traction sur la partie sus-jacente de l'utérus amarrée avec une pince de Museux.

Mais cet avantage est loin de compenser la facilité que donne la position gauche pour le décollement des annexes de bas en haut et la péritonisation. D'ailleurs cet avantage n'est réel que lorsqu'on se sert du bistouri pour trancher le col ; dans les cas beaucoup plus nombreux où l'on se sert des ciseaux de Dubois pour faire, comme nous le verrons, une décollation latérale au lieu d'une décollation antérieure, la position gauche est aussi, sinon plus commode.

Incision de la paroi. — Nous n'insisterons pas sur les détails de ce temps opératoire. L'incision médiane sous-ombilicale de 12 centimètres environ est faite, la malade étant placée en position déclive très accentuée,

de telle sorte que l'incision terminée, les anses intestinales retombent d'elles-mêmes vers le diaphragme.

Protection de l'intestin. — La valve de Rochard une fois mise en place, on procède à la protection de la grande cavité péritonéale.

Pour ce faire on se sert de champ, en tissu souple ou en tétra de 60 centimètres de côté environ pliés comme un foulard que l'on met autour du cou. Ils sont de plus enroulés en tours concentriques. Ils sont disposés dans une grande boîte où ils ont été stérilisés et sont toujours *en même nombre de 10*, ce qui est suffisant pour l'opération.

Cette préparation des champs présente des avantages : leur plicature et leur enroulement facilite beaucoup leur introduction dans l'abdomen où l'on a souvent à les glisser dans un espace très restreint entre la valve et les tumeurs salpingiennes. Disposé de la sorte, le champ que l'on déroule au fur et à mesure qu'on l'introduit se présente constamment sous un petit volume.

Le fait d'être sûr du nombre des champs dont on disposait avant l'opération (ce nombre étant invariable) ôte au chirurgien en fin d'opération le souci de se demander si un champ n'a pas été laissé dans l'abdomen.

On met en effet au début de la protection de l'intestin un champ à fond perdu dans la cavité abdominale : c'est le meilleur moyen de refouler et de protéger la masse intestinale ; mais dans certains cas on pourra, si la malade pousse, être amené à en mettre un deuxième ou un troisième. Quand on aura retiré tous les champs

on n'aura qu'à faire le total avec ceux qui restent et on pourra alors refermer la paroi sans arrière-pensée.

B. — Décollation proprement dite

Nous avons jusqu'ici décrit des temps opératoires préliminaires qui sont ceux de toute hystérectomie faite par n'importe quel procédé.

Maintenant commence l'opération proprement dite de la décollation antérieure qui comprend les temps suivants :

1° Recherche et préhension de l'utérus. Dégagement de sa face antérieure ;

2° Pincement et section des ligaments ronds. Taille du lambeau péritonéal antérieur ;

3° Pincement des pédicules utérins après perforation du feuillet postérieur du ligament large ;

4° Section du col. Décollation ;

5° Décollement des annexes et section des ligaments utéro-ovariens.

On voit à la simple lecture du sommaire de l'opération que la section du col, la décollation proprement dite, est précédée de *nombreux temps préliminaires*.

Ce sont ces temps qui font précisément l'originalité et le mérite du procédé de de Martel.

Parmi eux, comme nous allons le voir, les uns sont toujours possibles, d'autres exceptionnellement infaisables ; mais les uns et les autres ont pour but de faciliter d'abord la décollation elle-même, et de contribuer ensuite avec elle au résultat final de l'opération qui est

l'extirpation la plus facile possible de grosses masses annexielles.

Grâce à ces manœuvres préliminaires, la décollation rend son maximum et c'est ainsi que de procédé d'exception elle a pu être proposée comme méthode générale d'hystérectomie.

I. — Recherche et Préhension de l'utérus · Dégagement de sa face antérieure

Généralement, une fois la cavité abdominale ouverte et l'intestin refoulé et protégé, l'utérus apparaît plus ou moins caché par les masses salpingiennes qui l'encadrent. Il est alors facile de le saisir par son fond et de mettre facilement en évidence sa face antérieure et le cul-de-sac vésico-utérin par quelques coups de compresses qui refoulent la vessie en bas et en avant en rompant les adhérences qui se sont formées entre les deux feuillets du cul-de-sac.

Dans d'autres cas les choses se présentent moins simplement. L'epiploon et l'intestin peuvent en effet avoir contracté des adhérences avec la face antérieure de l'utérus et des masses annexielles. Il faut alors détacher soigneusement l'intestin à la compresse et au besoin sectionner l'épiploon entre deux ligatures.

Même une fois ces adhérences rompues, on peut avoir certaine difficulté à reconnaître l'utérus au milieu des masses salpingiennes. Comme le dit L. Bazy : « Combien de fois peut-on voir une poche salpingienne, à pa-

rois épaisses et distendue par du pus ou des fongosités, simuler, à s'y méprendre, le dôme arrondi de la matrice. L'illusion est souvent d'autant plus troublante que la poche ayant refoulé l'utérus vers une des parties latérales, occupe une situation absolument médiane. » Il faudra se baser sur la coloration, la régularité, la consistance plus dure que présente d'ordinaire le corps utérin ; on tâchera également si possible de se rendre compte de sa direction en bas, derrière la vessie, pour le distinguer d'une poche salpingienne.

L'utérus étant saisi, il sera le plus souvent possible, mais avec plus ou moins de difficulté, de dégager sa face antérieure. Mais dans des cas, heureusement tout à fait exceptionnels, la face antérieure de l'utérus est impossible à libérer ainsi que sa face postérieure. On aperçoit juste une petite surface du fond de l'utérus qu'on a souvent d'ailleurs dégagée avec assez de peine. Et on ne peut faire plus : l'utérus est complètement encastré dans une gangue qui le maçonne pour ainsi dire.

L. Bazy dit que : « étant donné qu'il faut, pour qu'une hystérectomie soit possible par n'importe quel procédé, qu'une des deux faces au moins de l'utérus soit dégagée », l'hystérectomie est dans ce cas impossible.

Nous verrons à la discussion de la décollation antérieure comparée aux autres procédés, que l'hémisection est en réalité dans ces cas exceptionnels le seul moyen qui permette au chirurgien de se tirer d'affaire.

Quoi qu'il en soit et en résumé, *ce premier temps* de la décollation consiste à dégager autant que possible la

face antérieure de l'utérus, et cela sans se soucier des adhérences qui peuvent unir le fond de l'utérus ou les poches salpingiennes soit aux parois du bassin, soit à l'intestin.

On a uniquement rompu les adhérences qui masquaient la face antérieure de l'utérus ; on ne s'attaquera aux autres que tout à fait à la fin de l'opération, et alors dans des conditions bien meilleures.

II. — Pincement et Section des Ligaments ronds Taille du lambeau péritonéal antérieur

Ce temps est *de la plus grande importance*, il donne une facilité très réelle pour l'exécution des temps suivants.

Il est pour ainsi dire toujours possible de répérer les ligaments ronds. Cependant on a quelquefois un peu de peine à les saisir : dans certains cas de salpingites ils semblent comme étalés, aplatis sous le péritoine qui ne forme plus de relief à leur niveau. On aura alors garde de se saisir de l'origine de la trompe qui peut n'être point altérée et se présenter sous l'aspect cylindrique du ligament rond. Pour différencier les deux organes, on se basera sur leur direction différente : le ligament rond filant en avant et en dehors (comme on s'en rend compte en tirant dessus avec une pince), la troupe allant franchement en dehors se continuer avec les masses salpingiennes.

Quand ces dernières, très développées viennent jusqu'au contact immédiat du fond de l'utérus, elles englo-

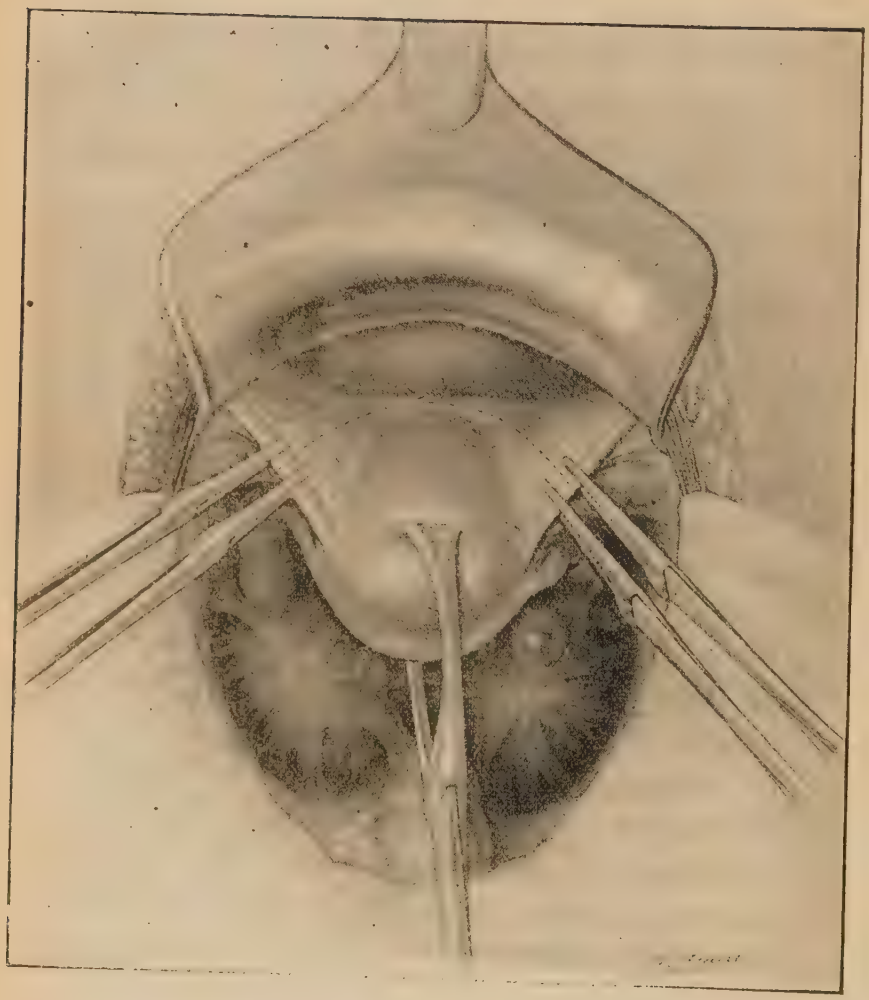

FIGURE 2.

L'utérus étant saisi dans une pince de Museux, et la face antérieure de l'utérus avec le cul-de-sac vésico-utérin étant bien exposée, l'opérateur saisit chacun des ligaments entre deux pinces de Kocher. Il prend soin de ne pas placer les pinces *trop près* de l'origine des ligaments ronds sur l'utérus, *mais à 3 ou 4 centimètres au moins.*

bent parfois l'origine des ligaments ronds dans leur processus inflammatoire. Cela n'a pas d'importance, car dans tous les cas ce n'est pas à leur origine que les ligaments doivent être saisis, mais à *3 bons centimètres* de l'utérus et à cette distance ils sont toujours accessibles.

C'est en effet à ce niveau que leur section permettra de tailler le plus facilement le lambeau de péritoine pré-utérin : les ciseaux qui viennent de sectionner le ligament rond tombent d'eux-mêmes dans la zone décollable de péritoine pré-utérin et juste à la limite de la zone d'adhérence. Si l'on sectionnait les ligaments plus près de l'utérus, on tomberait sur cette zone adhérente et l'on taillerait péniblement et mal son lambeau et en déterminant une hémorragie.

Voici comment on procède à l'exécution de ce deuxième temps de la décollation (fig. 2) :

Deux pinces de Kocher sont placées de chaque côté sur chacun des ligaments ronds à 3 ou 4 centimètres de leur origine. De deux coups de ciseaux on les sectionne l'un après l'autre. Puis pendant que la main gauche tire sur l'utérus on insinue, la pointe des ciseaux courbes entre les deux feuillets péritonéaux du ligament large droit au travers de la brèche que l'on vient de faire (fig. 3).

Si l'on pénètre dans la bonne zone, la zone décollable, le péritoine se soulève facilement et on le sectionne sans difficulté. Cette ligne de section concave en haut vient se terminer entre les deux pinces de Kocher qui limitent la section du ligament rond gauche.

Cela fait, avec une compresse on refoule aussi loin que possible par en bas le péritoine et la vessie de façon à

Fig. 13.

Les [illegible] à la traction exercée sur les pinces qui les maintiennent. La [illegible] aux [illegible] et les ciseaux peuvent s'insinuer sous lui pour [illegible] l'ouvrir en coupant la séreuse.

bien dégager la face antérieure du col utérin ainsi mise à nu.

Dans la section des ligaments ronds, une précaution est à prendre : il faut sectionner le ligament rond *et ne sectionner que lui*. On peut en effet être tenté de donner en dedans un coup de ciseaux plus large pour amorcer la taille du lambeau. A ce faire on risque d'aller sectionner la terminaison de pédicule utérin. Le ligament rond une fois coupé, on doit au contraire relever la pointe des ciseaux en l'air pour soulever le péritoine et s'éloigner des vaisseaux utérins.

Examinons maintenant *quel est le but de ce deuxième temps opératoire*, quel est l'avantage fourni par la section des ligaments ronds et la taille préalable du lambeau péritonéal.

Un premier avantage est le suivant : le péritoine étant ainsi *largement rabattu* sur la vessie, d'un ligament rond à l'autre, le chirurgien a ainsi mis à nu non seulement la face antérieure du col utérin mais encore la face antérieure des masses salpingiennes. Quand il s'agira de les décoller et de les extirper, la main pourra les aborder, une fois la décollation effectuée *non seulement en bas et en dedans mais encore en avant*. Quant à l'utérus, n'étant plus bridé par la tension des ligaments ronds, il sera très facilement basculé et retourné.

Pour toutes ces raisons, la zone d'abord de la salpingite se trouvera considérablement accrue et on aura ainsi plus de chances de trouver facilement le bon plan de clivage.

J.-L. Faure nous a dit avoir dans certains cas difficiles effectué cette manœuvre et en avoir véritablement bénéficié dans la suite de son opération (1). Bien qu'il n'ait pas employé dans ces cas la décollation antérieure mais l'hémisection, son intervention fut néanmoins beaucoup facilitée.

C'est qu'en effet ce temps préparatoire *peut être effectué quel que soit le procédé d'hystérectomie qu'on emploie par la suite* : décollation, hémisection ou américain. On peut être assuré d'en retirer toujours ces réels avantages : d'y voir plus clair, et d'attaquer plus facilement les lésions.

Et combien cette manière de faire apparaît plus méthodique que celle qui consiste a explorer d'abord l'une après l'autre les deux trompes, de tâcher de se rendre compte de leur volume, de leurs adhérences, d'essayer de trouver de-ci, de-là un plan de clivage, de quitter un côté pour passer à l'autre et y revenir ensuite.

Au lieu d'hésiter de la sorte, de tâtonner plus ou moins longtemps, l'opérateur au contraire commence par faire une manœuvre simple, toujours réalisable et qui une fois effectuée lui facilite grandement la suite de l'opération, et cela, nous le répétons, quel que soit le procédé d'hystérectomie employé.

Enfin, ce n'est pas là le seul avantage de la taille du large lambeau péritonéal. S'il facilite le début de l'opération, on sera également très heureux de le retrouver

1. Dans la deuxième édition du *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, J.-L. Faure la recommande chaleureusement et a fait dessiner une figure spéciale pour la représenter.

à la fin quand on fera la péritonisation. On aura ainsi largement de quoi recouvrir le col et les parties avoisinantes.

III, — Pincement des pédicules utérins après perforation du feuillet postérieur du ligament large

Le pincement préalable des pédicules utérins est encore un perfectionnement apporté par de Martel à la technique de la décollation antérieure. Nous avons en effet vu que J.-L Faure et Ricard s'attaquaient d'abord au col utérin et ne s'occupaient qu'après du pincement des utérines. Pour pincer commodément ces vaisseaux il est avantageux *de perforer au préalable le feuillet postérieur du ligament large.*

Mais c'est là une manœuvre qui n'est pas toujours possible et qui est absolument impraticable dans les cas pour lesquels J.-L. Faure et Ricard emploient la décollation.

Mais pour nous, estimant que la décollation doit être une méthode d'usage beaucoup plus généralisé, nous distinguerons en ce qui concerne ce troisième temps de l'opération deux éventualités :

1° *Les cas faciles où la perforation du feuillet postérieur du ligament large est possible ;*

2° *Les cas difficiles, où il est matériellement impossible de passer le doigt derrière l'utérus pour exécuter cette perforation.*

1° Cas où la perforation du feuillet postérieur du ligament large est possible

L'opérateur commence par insinuer l'index de la main droite derrière la face postérieure de l'utérus.

Cette manœuvre est plus aisée qu'on serait tenté de le croire au premier abord, même dans les cas de masses salpingiennes assez volumineuses.

C'est qu'en effet, ces masses salpingiennes contractent généralement des adhérences assez lâches avec la face postérieure de l'utérus, les adhérences tenaces, étendues, dont la libération sera délicate et laborieuse siègent plutôt en bas en arrière, et en dehors.

Ainsi donc le doigt introduit en arrière du ligament large va en effondrer le feuillet postérieur. A quel niveau doit être faite cette perforation ? De Martel indique la partie tout à fait basse. Louis Bazy fait justement remarquer qu'il y a avantage à faire la perforation haute, presque immédiatement au-dessous de l'origine de la trompe, juste au-dessous de celle du ligament rond. En effet en cet endroit le péritoine est beaucoup plus mince que dans la partie basse, partant plus facile à perforer. D'autre part cette portion est presque toujours libre et assez distante de la masse salpingienne qui étant plus latérale et plus inférieure ne risque pas par conséquent d'être intéressée.

Mais si la perforation est ainsi faite haute sur le feuillet postérieur du ligament large, elle ne doit pas se borner là. Le doigt qui l'a effectuée doit la prolonger

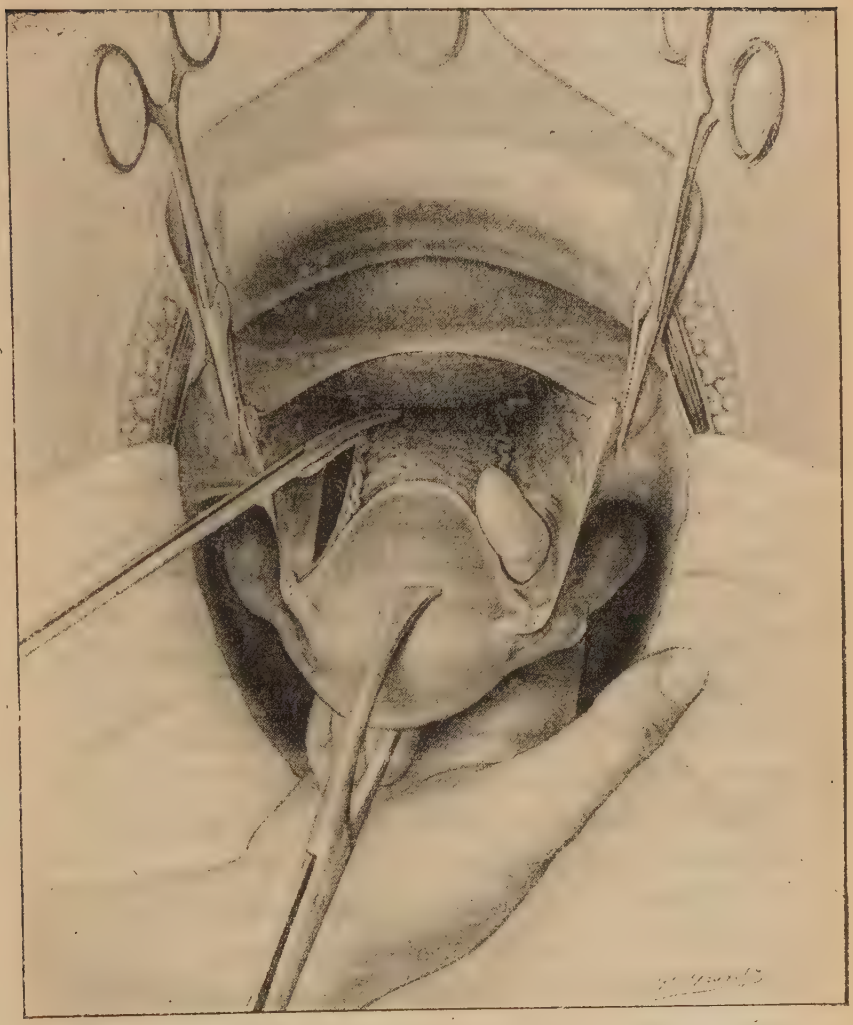

FIGURE 4.

Le péritoine et la vessie sont bien refoulés. Avec l'index de la main droite, l'opérateur a perforé *d'arrière en avant* le feuillet postérieur du ligament large, *immédiatement au-dessous de l'origine des ligaments ronds*, le long du bord latéral de l'utérus *et à une certaine distance de celui-ci*. En descendant le doigt, il agrandit la brèche et peut alors pincer les utérines en bonne place, au moyen de la pince spéciale de J.-L. Faure ou de celle de de Martel.

vers le col jusqu'au niveau où ce dernier et les utérines seront sectionnés. On n'aura donc pas seulement un orifice circulaire mais une large fente verticale de chaque côté de l'utérus (fig. 4).

De Martel dit « Perforation au doigt ou à l'aide d'un instrument mousse ». Avec Bazy nous croyons que nul instrument puisse être aussi sensible et mousse que le doigt, avec un instrument on manœuvrera toujours avec moins de sûreté, moins d'aisance et surtout moins de douceur.

Dans certains cas cependant nous avons employé, mais concurremment avec le doigt, la pointe mousse et arrondie des ciseaux courbes tenus fermés. Le feuillet postérieur du ligament large peut en effet être suffisamment épaissi pour résister à l'effort de la pulpe digitale. Avec les ciseaux tenus de la main gauche on pourra procéder à la dilacération sur l'index droit des fibrilles qui renforcent le feuillet péritonéal : la perforation sera obtenue de la sorte sans risque et sans effort.

Voici la manière de procéder telle que la donne très clairement Louis Bazy.

« L'opérateur tenant de la main gauche la pince à traction fixée sur l'utérus, glisse l'index de la main droite le long et en arrière de cette pince qui sert de guide et comme de point d'appui. Le doigt explore d'abord la face postérieure de l'utérus, puis insinuant entre cette dernière et l'une des poches salpingiennes qu'il refoule doucement vers les parties latérales, il vient déprimer le feuillet postérieur du ligament large, dans l'angle que forme l'origine du ligament rond et de la

trompe avec le corps utérin. Je dis à quelque distance de l'utérus. Si le doigt cherche en effet à passer contre l'utérus, il sépare le pédicule utérin et le refoule en dehors, loin de la matrice, ce qui ne facilite pas l'hémostase.

« Si au contraire la perforation est faite en bonne place, l'artère utérine reste collée contre le flanc latéral de l'utérus et on peut la pincer facilement et avec toutes ses branches.

« Il convient d'autre part d'aller prudemment, sans force, faute de quoi on risque de voir la portion isthmique de la trompe, enflammée et par suite friable, se rompre au ras de l'utérus sous l'effort de la main. Il suffit simplement d'insister pour voir le feuillet peritonéal se déchirer tout seul, livrant passage au doigt. L'opérateur tire alors légèrement sur l'utérus de la main gauche pendant que l'index droit s'avance en bas vers le col. La perforation est terminée. L'utérus s'est élevé et en même temps libéré. »

La manœuvre étant exécutée des deux côtés, très facilement avec les pinces à utérines de J.-L. Faure ou celles de de Martel, on pince les pédicules utérins de l'un et l'autre côté. Pour effectuer correctement cette prise, de Martel donne les conseils suivants : « Pour que le pincement de l'utérine soit bien exécuté, il faut saisir l'utérus entre les mors de la pince et le laisser échapper, si bien que tous les vaisseaux, divisions de l'utérine et veines correspondantes qui rampent à ce niveau, se trouvent réunis entre les branches de l'instrument en un bouquet latéral (fig. 5). En procédant autrement, en pin-

çant une utérine soi-disant unique comme il est indiqué dans tous les livres de technique, on est à peu près

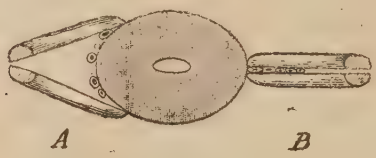

FIGURE 5.

Pour pincer les branches de l'utérine sans en manquer aucune, il faut saisir l'utérus dans les mors de la pince et le laisser échapper afin de ramasser les branches artérielles en un bouquet latéral.

sûr d'être obligé de mettre plusieurs pinces au niveau de chaque pédicule utérin. »

2° Cas où la perforation du feuillet postérieur du ligament large est impossible

Ce sont les cas où la face postérieure de l'utérus est complètement inaccessible, masquée qu'elle est par les salpingites qui y adhèrent intimement et sur une large surface. Mais si la perforation facilite le pincement des utérines et surtout la section du col en permettant de vérifier la vacuité de la partie inférieure du Douglas, elle n'est *nullement indispensable* et on peut s'en passer chaque fois qu'elle présente la moindre difficulté d'exécution.

Voici comment on procède au pincement des utérines quand on n'aura pu la pratiquer :

Avec la pince à utérine on commencera à saisir dans

une première prise les tissus au milieu desquels doivent cheminer l'artère utérine et ses veines satellites. Cette première prise est généralement insuffisante, mais par des prises successives et en insistant, on arrivera à pincer un pédicule de plus en plus complet et petit à petit on s'avance vers le col sur lequel, très rapidement, on sent que les dents de la pince viennent mordre.

On n'a plus qu'à serrer à fond la pince, le pédicule est pris dans son entier.

Ainsi donc avec ou sans perforation du feuillet postérieur du ligament large les deux pédicules utérins sont pincés avant que l'on procède à la section du col.

Nous ferons remarquer dès maintenant le précieux avantage que donne *ce troisième temps préliminaire* de la décollation antérieure de de Martel. On va poursuivre l'opération sans être aucunement inquiété par les utérines ; leur hémostase est faite et correctement faite.

Ce procédé allie en somme heureusement le procédé anatomique d'hémostase première au procédé plus chirurgical d'attaque des lésions par leur face la plus pratiquement abordable.

Cependant il est des cas où le pincement préalable des utérines est chose impossible. C'est lorsque les lésions sont tellement étendues que la région est rendue méconnaissable, que l'on a juste comme point de repère une petite portion du col au milieu des masses inflammatoires qui l'enfouissent profondément.

On est bien alors obligé de recourir à la manière de

J.-L. Faure, à la technique de Ricard, de sectionner d'abord le col, et de s'occuper des utérines après.

Mais c'est là un *pis-aller* qu'on doit strictement réserver à ces cas difficiles.

IV. — Section du col. Décollation

Nous voici arrivés après nos travaux d'approche au temps caractéristique de notre procédé d'hystérectomie : la section du col. Son but va être de créer un espace libre à la place même qu'occupe le col et la partie inférieure du corps de l'utérus. La main s'introduira dans cet espace pour aborder en bonne posture les lésions salpingiennes.

Pour cette section du col nous devrons comme précédemment considérer à nouveau *les cas faciles* où le doigt a pu perforer les deux ligaments larges et par conséquent faire le tour complet du col, *et les cas difficiles*, où la face postérieure n'a pu être déblayée, où le Douglas est complètement rempli.

1° Cas faciles. — Dans ce cas on se servira plus commodément pour sectionner le col des longs ciseaux de Dubois. Ces ciseaux qui ont un long manche et des branches très courtes sont extrêmement puissants. La courbure de leur lame qui est coudée sur le plat est tout à fait appropriée à l'usage que nous voulons en faire. Ils produisent d'autre part une section nette, sans mâchures, ce qui rend la suture du col particulièrement

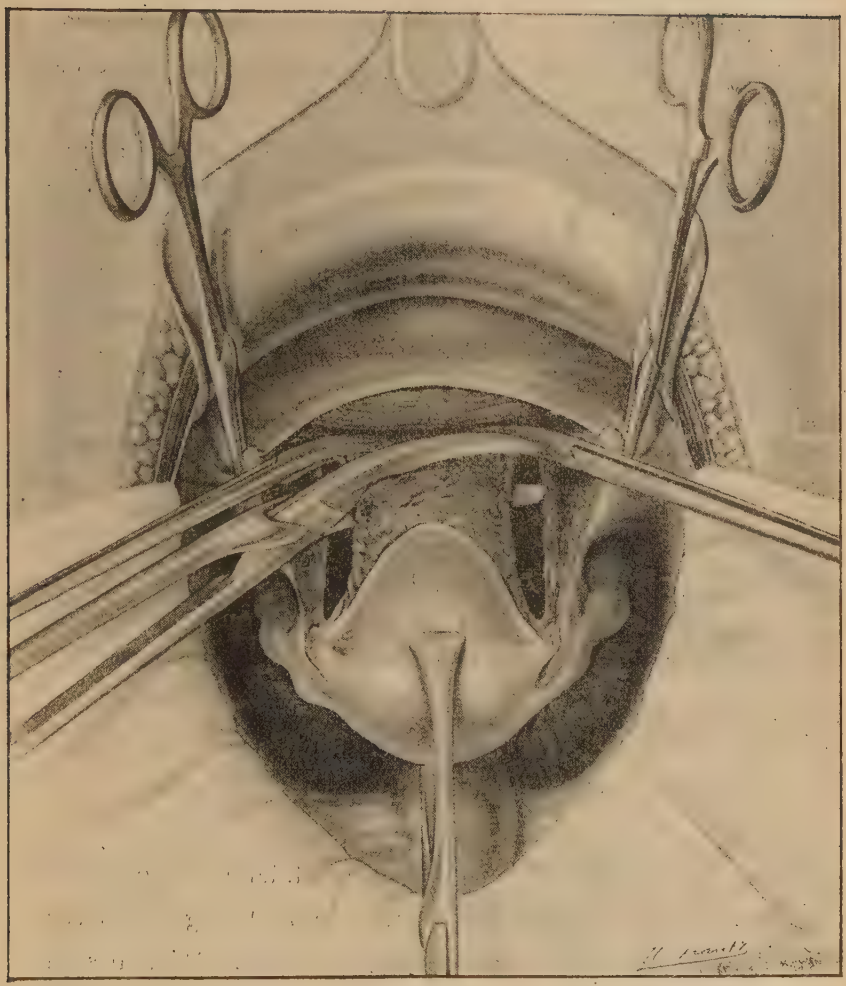

FIGURE 6.

A la faveur des deux perforations des ligaments larges, le chirurgien a pu dégager avec le doigt la face postérieure du col utérin. Il peut alors, avec les grands ciseaux courbes, couper le col et les deux pédicules utérins.

aisée. Dans les cas simples donc, où la face postérieure du col est libre, de Martel et Bazy indiquent de sectionner aux ciseaux de Dubois et d'un seul coup, le col et les deux pédicules utérins (fig. 6).

Il nous a semblé plus commode de procéder en deux fois à la section du col utérin ; de commencer par sectionner d'abord le pédicule utérin droit en entamant autant que possible la portion de col avoisinante. Puis de passer au pédicule utérin gauche, le sectionner et trancher ensuite le col jusqu'à la rencontre de la précédente incision. Cette manœuvre en deux temps nous paraît préférable, car pour trancher en une seule fois le col au-dessus des deux pinces à utérines il faut donner aux ciseaux de Dubois une direction perpendiculaire au col, qu'il est très souvent impossible de réaliser quand la paroi de la malade est épaisse et que l'on travaille au fond d'un puits plus ou moins profond.

Quoi qu'il en soit, nous ferons remarquer comme le fait de Martel, que dans ces cas faciles il s'agit plutôt d'une décollation latérale.

2° Cas difficiles.— Dans les cas difficiles au contraire lorsque l'on n'a pu perforer le ligament large et libérer préalablement le col en arrière ni sur les côtés, on sera obligé de le sectionner d'avant en arrière puisque seule la face antérieure est abordable.

Dans ces cas il faudra laisser les ciseaux de Dubois pour prendre le bistouri et on procédera selon la manière de Ricard que nous avons décrite, avec cette différence toutefois que les pédicules utérins auront été,

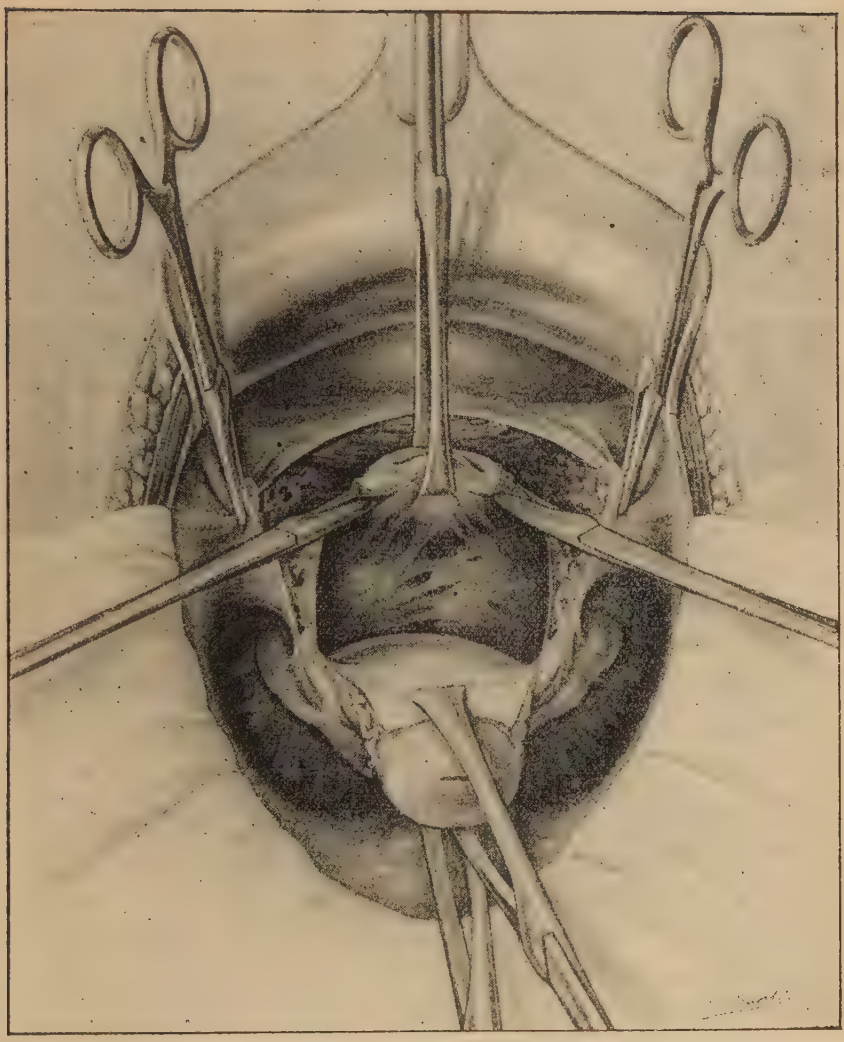

FIGURE 7.

Le col est sectionné. On en ferme temporairement la moitié inférieure avec une pince de Museux, tandis qu'une autre pince, saisissant la moitié supérieure, la luxe en haut et en arrière. Remarquer l'accès particulièrement large que l'on a sur le petit bassin et les annexes.

si possible, préalablement pincés et qu'on se sera ainsi mis à l'abri de toute hémorragie.

Une fois le col sectionné soit par décollation latérale aux ciseaux, soit par décollation antérieure au bistouri on ferme temporairement la moitié inférieure en plaçant sur elle une pince de Museux qui, à condition de mordre très près de la surface de section, produit une occlusion absolument parfaite.

Quant à la moitié supérieure on l'amarre solidement avec une autre pince à traction et on la luxe en haut et en arrière (fig. 7).

On peut alors procéder au décollement des annexes.

V. — Décollement des annexes et section des pédicules utéro-ovariens

Tout ce que nous avons fait jusqu'ici, décollation et temps prémonitoires, a eu pour but de nous préparer la réalisation du décollement des annexes qui est la chose capitale dans l'hystérectomie pour annexite. Ce décollement est non seulement préparé, mais déjà en partie effectué. Dès que le col est coupé en effet, l'utérus remonte et les masses annexielles qui semblaient collées aux parois suivent le mouvement d'ascension de l'utérus. Rien n'est plus facile à la main qui s'est mise à la place de l'utérus de les cueillir et de les soulever : leur pédicule utéro-ovarien apparaît hors du ventre où on n'a plus qu'à le pincer et à le sectionner.

Cela pour les cas faciles.

Dans les cas plus ardus, où les masses annexielles

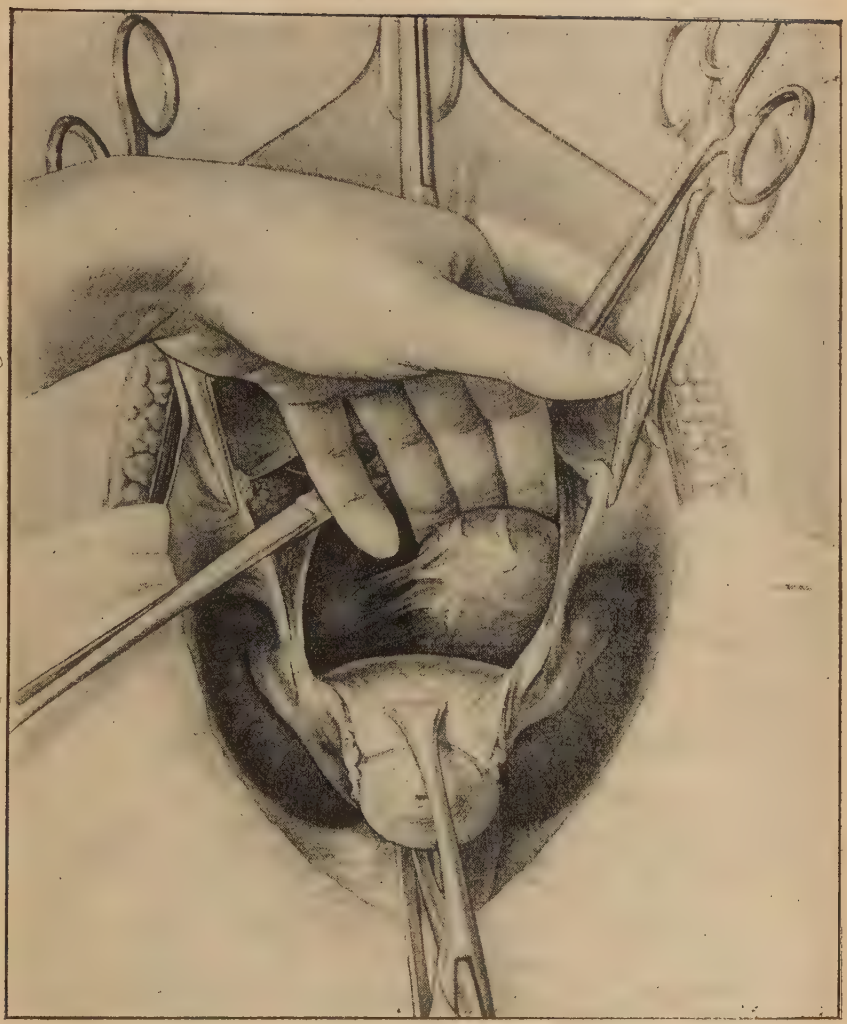

FIGURE 8.

Le corps de l'utérus étant basculé en haut et en arrière, la main gauche va entreprendre le décollement des annexes, en allant de *bas en haut et d'avant en arrière.* On la voit commençant à séparer la trompe de la face postérieure du col, cherchant à s'insinuer sous le pôle inférieur de la tumeur.

sont plus solidement fixées aux parois du petit bassin, leur décollement va nécessiter un effort de la main qui va l'entreprendre.

Mais encore faut-il pour que cet effort soit utile, qu'il soit convenablement dirigé, là où la résistance sera la moindre et par conséquent les chances de rupture de la poche les moins grandes.

Nous rappellerons ce que nous avons déjà dit des adhérences au chapitre des généralités. Elles sont de deux sortes : celles qui isolent le petit bassin de la grande cavité abdominale sont extrêmement résistantes ; celles au contraire qui rattachent les salpingites au petit bassin sont lâches et clairsemées. Ce sont elles qui constituent la bonne voie d'attaque. La pulpe des doigts devra donc se diriger de bas en haut et d'avant en arrière.

La décollation antérieure telle que nous l'avons pratiquée a commencé à nous frayer le passage, elle nous montre le bon chemin. Le large soulèvement du péritoine en avant, la section du col, nous ont mis à nu le pôle inférieur et la face antérieure des masses salpingiennes des deux côtés.

Le bon angle d'attaque est entièrement visible, la main n'a qu'à y pénétrer.

Voici en quels termes Bazy donne la technique du décollement des adhérences : « Le col étant coupé, on saisit la moitié supérieure de l'utérus et, comme nous l'avons déjà dit, on la luxe en avant et en arrière en la dégageant bien avec le doigt de façon à la libérer aussi complètement que possible.

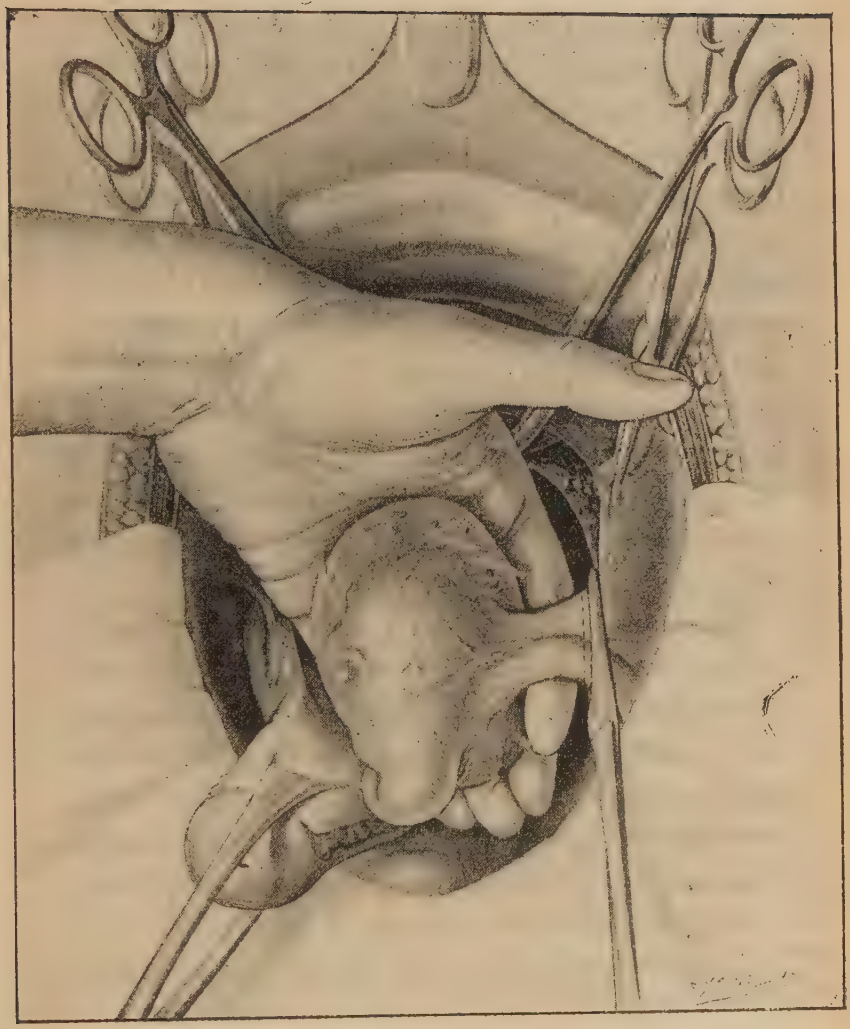

FIGURE 9.

Le décollement est achevé. La main a pu *empaumer* la masse annexielle et, la soulevant, mettre en évidence le pédicule utéro-ovarien qui se tend sur l'index et peut être aussi facilement pincé et sectionné *hors du ventre*.

« On a alors sur le petit bassin un accès excessivement large et on peut entamer le décollement des annexes en les abordant par leur partie inférieure de bas en haut et d'avant en arrière.

« On peut commencer indifféremment par l'un ou par l'autre côté, en choisissant de préférence le côté qui semble le plus facile. Lorsque les difficultés semblent égales des deux côtés, il m'a paru qu'il était plus commode de commencer par le côté droit, ce qui simplifie à mon sens les manœuvres.

« En thèse générale d'ailleurs, on peut dire que la trompe droite est plus facile à détacher que la gauche qui est en rapport direct avec le côlon sigmoïde et l'origine du rectum, ce qui rend de ce côté les adhérences plus complexes.

« La main gauche occupant la position que représente très exactement la figure 8 commence d'abord par détacher doucement la salpingite de la face postérieure du col et de la paroi antérieure du Douglas. En cheminant progressivement, elle arrive à s'insinuer sous le pôle inférieur, puis en arrière de la face postérieure de la tuméfaction qu'elle peut pour ainsi dire empaumer.

« On peut considérer qu'à cet instant l'opération est terminée. L'opérateur n'a plus en effet qu'à soulever toute la masse pour voir les adhérences intestinales se détacher d'elles-mêmes « hors du ventre » et le pédicule utéro-ovarien venir se tendre sur l'index qui le harponne (fig. 9).

« Immédiatement en dehors du doigt on pince ce pédicule et on le coupe. Rabattant alors l'utérus et la trompe

droite sur le flanc gauche, on s'attaque à la trompe du côté opposé. Celle-ci restant seule dans le ventre, ce n'est plus qu'un jeu de l'extirper en procédant toujours de la manière que nous avons indiquée. »

On comprendra facilement les avantages qu'offre cette manière de faire. En s'attaquant ainsi en dernier aux adhérences solides dont la rupture expose à l'ouverture des poches suppurées, on rejette *tout à fait à la fin* cette malencontreuse éventualité qu'il est quelquefois matériellement impossible d'éviter.

Mais même dans ce cas le diaphragme fibreux adhérentiel persistant encore plus ou moins, le pus aura tendance à s'épancher dans le petit bassin septique et non vers la cavité abdominale.

Au contraire, dans tout procédé d'hystérectomie où l'on attaquera d'abord les adhérences supérieures en allant de haut en bas, la rupture d'une poche suppurée amènera fatalement l'inoculation par le pus de la grande cavité péritonéale. Et comme cet incident sera survenu tout au début de l'intervention, « l'opération commencée dans le pus se continue et se termine dans le pus ».

C. — Fin de l'opération

Nous passerons rapidement sur les derniers temps de l'opération qui sont communs à tous les procédés d'hystérectomie.

Traitement du col. — Une fois l'utérus et les an-

nexes enlevés, on procède à un tamponnement soigneux du petit bassin et spécialement du Douglas pour extirper les adhérences et éponger le sang ; après quoi, enlevant la pince de Museux qui a jusqu'ici obturé provisoirement le col, on va cautériser la cavité muqueuse de ce dernier au thermocautère.

Dans d'autres cas, si le col est épais, on procédera à son évidemënt au bistouri.

On le ferme ensuite par deux points séparés ou un seul en X.

Ligature des pédicules. — Les pédicules sont liés l'un après l'autre après avoir fixé le catgut avec l'aiguille dans les tissus avoisinants, pour éviter le glissement de la ligature.

Péritonisation. — La péritonisation se fait comme d'habitude de droite à gauche avec l'aiguille à pédale. Elle est singulièrement facilitée par la présence du large lambeau de péritoine qu'on a pris le soin de se réserver au début de l'opération.

Drainage. — Pour le cas où l'opération s'est passée sans incident, notre maître Rochard laisse souvent un petit drain abdominal de sûreté.

Au cas où une poche suppurée s'est rompue au cours de l'intervention, il préfère au drainage abdominal le drainage vaginal.

Il extirpe alors secondairement le col, il totalise l'hystérectomie subtotale, faisant ce qu'il a appelé « la

subtotale totalisée ». Il met un drain vaginal avec une mèche et rabat par-dessus l'anse sigmoïde qu'il fixe par un point au péritoine vésical.

Réfection de la paroi. — Les champs sont enlevés et comptés.

L'opérateur et son aide vont changer de gants ou s'ils les gardent les lavent soigneusement à l'alcool iodé.

Les instruments qui ont servi jusqu'alors sont enlevés et remplacés par ceux réservés spécialement pour la paroi.

La paroi est refaite en trois plans au catgut et agrafes de Michel, ou en un seul aux fils de bronze.

CHAPITRE VI

PARALLÈLE ENTRE LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

Conçue et exécutée telle que nous venons de la décrire, l'opération de la décollation antérieure diffère singulièrement de la décollation telle que l'a imaginée J.-L. Faure, telle que l'exécute Ricard.

Pour ces derniers elle n'est qu'un moyen à employer dans les cas où seul le col est abordable, où tout le reste du petit bassin est noyé dans un chaos d'adhérences et de poches suppurées.

Ce principe d'attaque première du col doit avoir en réalité des indications beaucoup plus étendues.

Le fait même qu'il permet d'exécuter dans de bonnes conditions une hystérectomie dans des cas où d'autres procédés échoueraient ou seraient mal réalisés n'est-il pas la meilleure référence que l'on puisse accorder à un procédé d'hystérectomie ? Et pourquoi dès lors ne pas faire dans des cas moins difficiles ce qui a si bien réussi dans les cas compliqués ?

« Qui peut le plus, peut le moins » et nous estimons

qu'un très grand nombre de cas d'hystérectomie sont appelés à bénéficier grandement de l'emploi du procédé de décollation antérieure qu'a imaginé de Martel.

C'est qu'en effet ce chirurgien a non seulement *remis en lumière* ce principe même de la décollation antérieure de J.-L. Faure, trop abandonné par son auteur ; mais partant de ce principe il a institué un procédé qui présente les plus grandes qualités de clarté, de logique et de facilité d'exécution.

Ce procédé convient aux cas faciles comme aux cas difficiles, et nous avons vu que l'on faisait alors une décollation latérale dans le premier cas et une décollation antérieure dans le second.

Si nous voulons établir une comparaison entre la manière de J.-L. Faure et Ricard et celle de de Martel, il nous faudra donc seulement envisager les cas où nous faisons la décollation antérieure, c'est-à-dire ceux que nous avons appelé «cas difficiles ».

Ricard, dans son article de la *Gazette des hôpitaux*, s'élève contre le fait de ligature préalables des pédicules, de recherche des ligaments. Ces critiques sont injustifiées, croyons-nous.

Pourquoi en effet refuser l'avantage qu'offre le pincement des pédicules utérins ? Si l'on perd, il est vrai, un peu de temps à poser ses pinces, on est largement dédommagé au moment où l'on procède à la section du col. Au lieu en effet de trancher péniblement le tissu utérin entre les deux utérines avec la crainte continuelle que le bistouri vienne dans une échappée couper l'artère, on peut au contraire procéder délibéré-

ment à la section du col : on n'a pas à se préoccuper de ce que Ricard et Faix appellent « le danger utérin ».

Mais nous avons vu d'autre part que l'on est dans certaines circonstances, matériellement obligé de se passer du pincement des utérines et d'agir comme le font J.-L. Faure et Ricard.

Nous estimons qu'il serait fastidieux de prolonger plus longtemps une discussion qui demeurerait complètement stérile. Il est facile de se rendre compte qu'il s'agit *d'un simple malentendu* qui repose sur ce fait que Ricard en formulant ses critiques n'avait en vue que les cas où il emploie la décollation, c'est-à-dire ceux où le pincement préalable est impossible.

Si l'on admet que la décollation peut avoir des indications beaucoup plus étendues, on se convaincra rapidement de l'utilité des temps préliminaires : section des ligaments ronds, taille du lambeau péritonéal, pincement préalable des utérines, sur lesquels nous avons suffisamment insisté pour n'avoir point à y revenir ici

CHAPITRE VII

PARALLÈLE ENTRE LA DÉCOLLATION ANTÉRIEURE ET LES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

Nous allons maintenant essayer de justifier le caractère de *méthode générale* que nous avons attribué à la décollation antérieure, en la comparant aux autres méthodes d'hystérectomie subtotale le plus communément employées.

Mais nous envisagerons également dans ce chapitre *les inconvénients* qu'elle peut présenter.

Notre intention n'est pas en effet dans ce travail de vouloir dire et prouver que la décollation antérieure est le procédé de choix d'hystérectomie appelé à pouvoir être employé dans tous les cas de préférence aux autres.

Louis Bazy a été, à notre avis, trop affirmatif sur ce point.

Pour nous, convaincus de l'excellence de la méthode, notre intention est simplement de tâcher de démontrer que la décollation antérieure de de Martel est un procédé général au même titre par exemple que l'américain où

l'hémisection. Mais que *loin d'exclure* ces méthodes il se *juxtapose* à elles sur le même plan et offre même la possibilité *de combinaisons* avec elles susceptibles de les améliorer.

Envisageons d'abord le procédé de **sections successives symétriques et descendantes avec section dernière du col.**

Ce procédé est en somme *juste l'inverse* du procédé de la décollation. Il a l'avantage indéniable et primordial en ouvrant en dernier la cavité du col de se conformer aux règles ordinaires de l'asepsie.

Et c'est là en effet le *grave reproche* à formuler contre la décollation antérieure : on entre d'emblée dans une cavité septique.

Aussi pour tous les cas de fibromes non enclavés, pour les cas de petites salpingites non adhérentes ou que l'on a l'impression très nette de pouvoir décoller sans difficulté, le procédé de sections successives et descendantes avec section dernière du col doit *avoir la préférence sur tout autre.*

Nous qu'il rappelons toutefois pourra être amélioré par l'emprunt à la décollation de la taille du lambeau péritonéal après section des deux ligaments ronds.

Mais cette méthode doit être réservée à ces cas où l'extirpation du corps utérin lui-même est pour ainsi dire toute l'opération, où l'extirpation des annexes ne compte peu ou pas.

Quand au contraire la difficulté réside dans la mobilisation et le décollement de grosses masses salpingien-

nes adhérentes, nous avons vu que ce décollement doit être entrepris de bas en haut.

Nous allons donc spécialement comparer le procédé de la décollation antérieure avec les procédés qui, comme lui, ont pour but de réaliser l'extirpation des annexes dans le sens sus-indiqué, le sens facile.

Ces procédés sont :

Le procédé de Terrier ;

Le procédé américain ;

L'hémisection de J.-L. Faure.

Procédé de Terrier

Le procédé de Terrier consiste, on le sait, à enlever d'abord le corps utérin en entier après avoir mis de chaque côté une première pince entre lui et la masse salpingienne (pince qui enserre ainsi l'origine de la trompe et le bord interne du ligament large) et une deuxième pince sur l'artère utérine.

Grâce à l'énorme brèche créée par l'ablation de l'utérus, la main de l'opérateur peut entreprendre facilement le décollement des annexes. Le principe est donc le même que dans la décollation antérieure, et même la facilité donnée à l'opérateur est beaucoup plus grande puisque la main, au lieu de s'insinuer entre les deux lèvres du col sectionné, a pour se mouvoir tout l'espace occupé antérieurement par l'utérus.

Cela est exact, et ce procédé serait excellent s'il était toujours possible. Mais pour être réalisable, une condition est indispensable, c'est qu'on puisse placer la pince

de Kocher entre l'utérus et la masse salpingienne. Il faut donc que l'utérus soit relativement libre d'adhérences avec les annexes, qu'il y ait entre les deux une

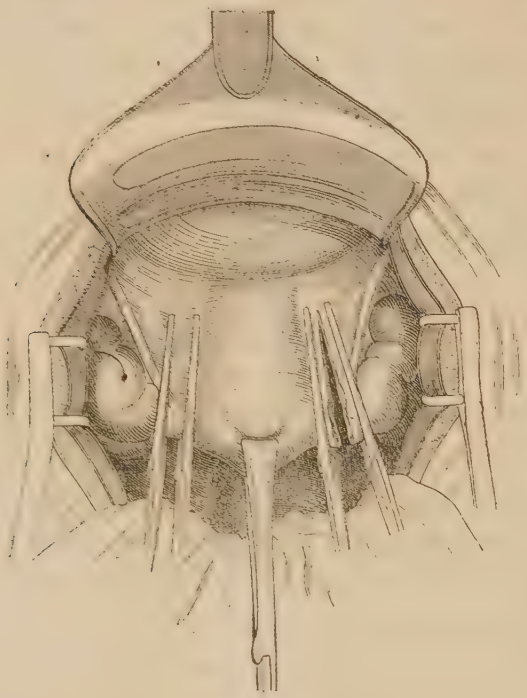

FIGURE 10.

Dans le procédé de Terrier, pour pouvoir exécuter la section des ligaments larges entre les deux grandes pinces qui les enserrent, il faut que les annexes ne soient pas trop adhérentes à l'utérus.

petite portion de ligament large non envahie. Faute de quoi la pince exposera à la rupture de la poche dès le début de l'opération (fig. 10 et fig. 11).

Tout cela revient à dire que le Terrier n'est praticable que dans les cas d'hystérectomie que nous avons appelés faciles, dans ceux où nous avons pu dans la

décollation antérieure effondrer avec le doigt le feuillet postérieur du ligament large, à l'endroit même où dans le Terrier nous aurions placé la pince de Kocher.

Mais nous avons vu que pour les cas difficiles où

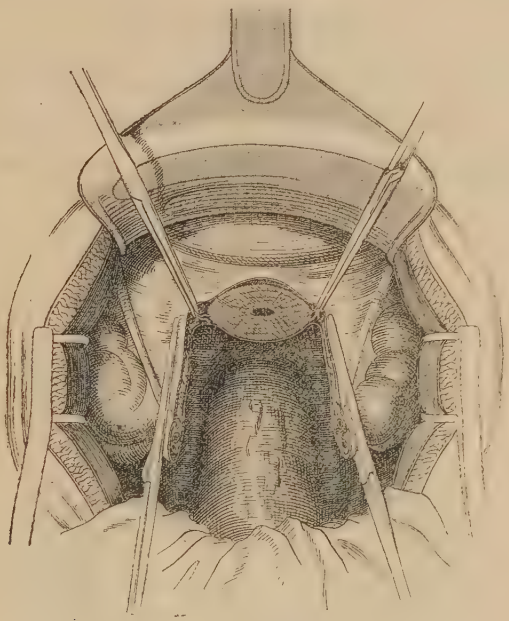

FIGURE 11.

Dans le procédé de Terrier, la pince qui exerce des tractions sur le ligament large afin de décoller la poche annexielle déchire souvent les tissus sur lesquels elle est fixée.

cette manœuvre n'était pas possible, la méthode était tout de même réalisable puisque l'on pouvait à la rigueur facilement se passer de cet effondrement du ligament large. Le Terrier nous eût au contraire laissés complètement désarmés.

Si on la compare au Terrier, la décollation antérieure présente donc sur ce procédé l'avantage de posséder

véritablement le caractère de méthode générale, d'être applicable à tous les cas d'hystérectomie quelle que soit la difficulté avec laquelle ils se présentent.

Procédé américain

Le procédé américain est certainement à l'heure actuelle le procédé le plus communément employé par les chirurgiens. C'est dire qu'il a fait ses preuves.

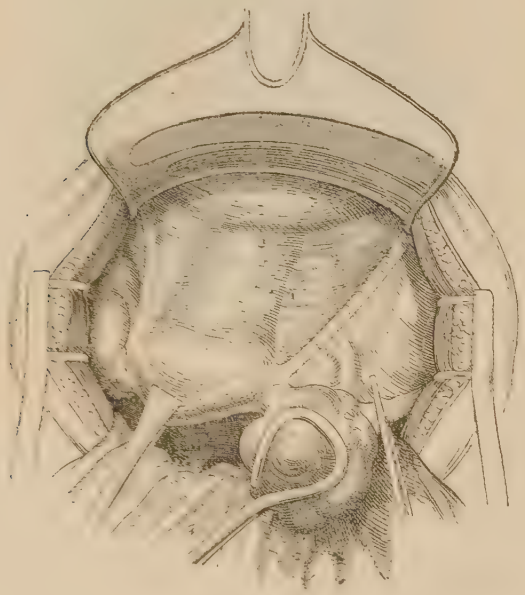

FIGURE 12.

Pour placer la première pince sur les vaisseaux tubo-ovariens, il faut qu'il existe un espace libre sur le bord supérieur du ligament large, en dehors des annexes.

Il consiste à descendre à travers l'un des ligaments larges, à sectionner le col et à remonter dans le ligament large du côté opposé.

Ainsi donc on attaque une annexe de haut en bas et l'autre de bas en haut. On commence naturellement par le côté qui est le moins atteint.

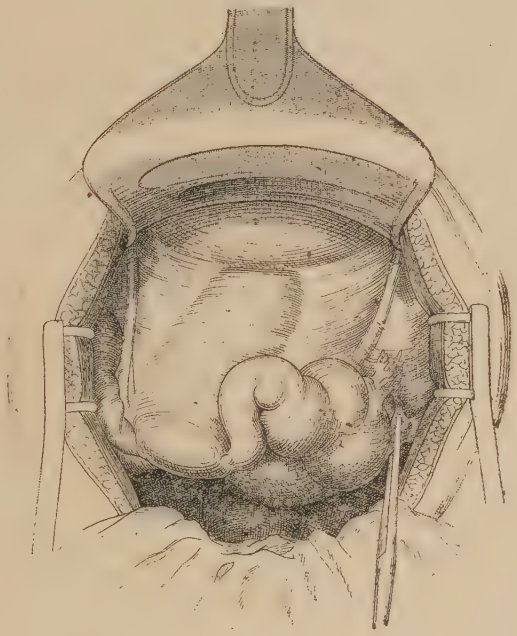

FIGURE 13.

Dès qu'une poche annexielle se développe entre l'utérus et la paroi, le pincement du bord supérieur du ligament large et du pédicule tubo-ovarien devient difficile.

Cette méthode qui est excellente lorsque les lésions sont unilatérales ou très peu accentuées d'un côté, se trouve nettement en défaut lorsque les lésions sont bilatérales et importantes.

C'est qu'en effet dans ce cas le premier temps de l'opération — le pincement des vaisseaux tubo-ovariens — est toujours pénible (fig 12 et 13) et très souvent en

même temps que les vaisseaux on pince la poche tubaire après l'avoir crevée. En tous cas le pédicule ainsi obtenu est court, difficile à lier et risque d'échapper au fil qui l'étreindra.

D'autre part nous avons souvent remarqué qu'une poche salpingienne qui paraissait à première vue facilement accessible, incitant ainsi à faire un américain, était en réalité d'un décollement et d'une extirpation beaucoup plus difficiles qu'on s'y attendait à cause de prolongements prolabés dans le Douglas et qu'on ne voyait pas au premier abord.

Enfin un léger reproche que l'on peut encore adresser à la technique de l'américain est la difficulté que l'on peut éprouver à pincer les vaisseaux utérins du côté opposé à celui par lequel on a commencé.

Si théoriquement en effet en sectionnant le col on ne doit pas les intéresser, il arrive assez souvent en pratique qu'on les coupe en même temps que lui.

Une hémorragie se produit, qui peut prolonger l'opération et empêche dans tous les cas de faire une prise correcte et unique des vaisseaux utérins dont la ligature est par la suite moins facile et moins sûre.

Ces réserves étant faites, il n'en reste pas moins que le procédé américain demeure un procédé excellent possédant outre sa réelle élégance des qualités primordiales.

Il est d'abord extrêmement rapide : une fois en effet les annexes peu ou pas malades extirpées rapidement et le col sectionné, la main gauche de l'opérateur attirant le tout en haut et en dehors donne une très large voie

d'abord sur la salpingite que l'on va attaquer de bas en haut.

En second lieu, du fait du mouvement de traction de la main gauche, la main droite court moins que dans la décollation le risque de se souiller à la tranche utérine.

Si donc l'on établit un parallèle entre la décollation antérieure et l'américain on voit que pour *les salpingites bilatérales*, volumineuses et adhérentes la décollation antérieure doit être préférée.

En ce qui concerne les *tumeurs salpingiennes unilatérales* les deux procédés ont l'un et l'autre leurs avantages et leurs inconvénients réciproques. Le chirurgien se décidera pour l'une ou l'autre méthode suivant les indications du moment et surtout suivant ses préférences, son habitude.

Rappelons que si l'on emploie le procédé américain, l'opération aura toujours à gagner à la section des ligaments ronds avec rabattement du grand lambeau péritonéal et au besoin au pincement préalable des deux utérines. Si l'on procède ainsi on se rendra facilement compte combien alors décollation antérieure ou plutôt décollation latérale de de Martel et américain aussi modifié, arrivent à *se ressembler* et pour mieux dire à *se confondre presque*.

Hémisection

L'hémisection est le deuxième procédé imaginé par J.-L. Faure pour être employé par le chirurgien dans les cas difficiles et nous avons dit quelle préférence son

auteur lui avait accordée sur la décollation antérieure.

Le principe en est très ingénieux : il aboutit presque au même résultat que le Terrier en se livrant un passage non pas dans un espace dangereux comme le bord utérin du ligament large, mais en plein tissu utérin où l'on ne court aucun risque.

Pour qu'il soit faisable il suffit qu'il apparaisse au milieu des masses salpingiennes une portion même relativement minime du fond de l'utérus. Et c'est là une disposition qui se présente en cas de salpingites très étendues où tout le petit bassin est rempli, et où l'utérus semble comme enlisé.

La décollation antérieure serait d'un emploi beaucoup moins aisé sinon impossible, car on aurait beaucoup de peine à déblayer la face antérieure de l'utérus des collections et adhérences qui la masquent. On courrait en tous cas de sérieuses chances de léser la vessie.

L'hémisection est un procédé qui offre les plus grandes ressources au chirurgien et avec lequel, à défaut de la décollation, il ne doit pas y avoir, comme le dit Bazy, d' « hystérectomie impossible ».

Cependant ce procédé n'est pas sans présenter lui aussi des inconvénients, des difficultés d'exécution. Ils sont pardonnables étant donnés les cas pour lesquels le chirurgien a recours à l'hémisection ; mais alors ils serviront à justifier notre prétention de dire que la décollation peut être préférée à l'hémisection toutes les fois — et c'est la grande majorité — où la face antérieure de l'utérus peut être dégagée au milieu des adhérences qui enserrent la matrice sur toutes ses autres faces.

L'hémisection présente les inconvénients suivants :

C'est une opération pénible que la séparation du tissu utérin en deux valves symétriques : comme on ne sait pas au juste souvent la direction générale de l'organe, on peut être parfois obligé de donner de nombreux coups de ciseaux avant de tomber dans la cavité utérine. On conçoit combien cette manœuvre devient fatigante pour le chirurgien, lorsque l'utérus est un peu gros, pour devenir pour ainsi dire impossible et complètement contre-indiquée lorsque l'on a affaire à un utérus fibromateux accompagnant des salpingites étendues.

Enfin on a souvent fait à l'hémisection le reproche d'être une opération éminemment septique du fait de l'ouverture de toute la cavité utérine. Ce reproche perd beaucoup de sa valeur étant donné l'état d'infection préalable du petit bassin qui aura précisément obligé à recourir à l'hémisection. On a proposé d'ailleurs de stériliser immédiatement la muqueuse de l'ancienne cavité au thermocautère.

Cet inconvénient d'ouverture de la cavité utérine existe également dans la décollation antérieure — nous l'avons déjà reconnu — mais nous n'avons pas besoin d'insister pour faire remarquer combien il est moindre.

Il est en dernier lieu un cas où l'hémisection est impossible, c'est lorsqu'on a affaire à une salpingite avec rétroflexion ou rétroversion très accentuées dans lesquelles le fond de l'utérus non seulement est invisible, mais encore se trouve enfoui au milieu d'adhérences

qui l'unissent soit aux poches salpingiennes, soit même à la paroi rectale.

Dans son Traité J.-L. Faure indique que dans certains cas très difficiles où l'utérus est rétrofléchi et complètement irréductible on peut comme Kelly l'a fait, et comme il l'a fait lui-même, procéder, une fois la décollation faite, à l'hémisection de l'utérus. Mais alors l'hémisection se fait de bas en haut à partir de la tranche cervicale de façon à se donner du jour au milieu du bassin.

Nous voyons donc que l'hémisection et la décollation peuvent se combiner, mais on aura très rarement recours à cette manœuvre. Le plus souvent la décollation une fois faite, on se donnera suffisamment de jour par la simple traction sur l'utérus pour n'avoir point à faire une section supplémentaire.

Nous rappellerons encore une fois que l'hémisection, ainsi que nous l'a dit J.-L. Faure, a à bénéficier comme les autres procédés des temps préliminaires de la décollation : Pincement et section des ligaments ronds et des pédicules utérins. Taille du lambeau péritonéal antérieur.

Nous sommes à dessein souvent revenus sur ce même point pour souligner l'importance que nous y attachons.

Nous nous sommes abstenus volontairement de parler dans ce chapitre de la **Décollation postérieure**. La seule similitude que l'on puisse relever entre cette opération et la décollation antérieure réside uniquement dans l'appellation. C'est en effet une opération réser-

vée aux cas simples. Elle permet au chirurgien d'être rapide et brillant, mais là se bornent ses indications. C'est à proprement parler plus un élégant tour opératoire qu'un véritable procédé d'hystérectomie.

De cette étude comparative de la décollation antérieure telle que nous la comprenons maintenant nous pouvons, pensons-nous, conclure que cette opération remplit dans la plupart des cas *les mêmes indications* que les procédés plus communément employés.

Nous avons eu jusqu'ici en vue dans nos descriptions *uniquement l'hystérectomie pour salpingite*. Nous avons procédé de la sorte pour conserver plus de clarté à notre exposé.

Mais la décollation antérieure peut également trouver son indication dans *les fibromes et les tumeurs du ligament large* comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

CHAPITRE VIII

INDICATIONS DE LA DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

I. — Salpingites

Nous avons dans les chapitres précédents longuement examiné les diverses éventualités qui peuvent se présenter au cours d'une hystérectomie pour salpingite et vu les conditions dans lesquelles la décollation antérieure trouvait ses indications. Nous n'y reviendrons pas. Nous avons également montré au fur et à mesure ses avantages que nous résumons en ces deux termes : *sécurité de l'hémostase* ; *facilité du traitement des adhérences.*

II. — Fibromes

L'hystérectomie pour fibrome est en général si facile que tous les procédés sont bons et peuvent être indistinctement employés.

Le meilleur est cependant comme nous l'avons dit celui qui procède par sections successives des pédicules et coupe le col en dernier, donnant ainsi le minimum de chances d'infection par la section utérine. D'où il dé-

coule que dans les fibromes faciles, la décollation est *formellement contre-indiquée.*

Mais il n'en est pas toujours ainsi et certains fibromes présentent de réelles difficultés d'extraction. Soit d'abord du fait de leur *rétroflexion et de leur enclavement* dans le petit bassin, impossibles à réduire, et nous nous rappelons que c'est un cas de ce genre qui suggéra à J.-L Faure l'idée de la section primitive du col.

On ne saurait en effet autrement venir commodément à bout d'une tumeur ainsi encastrée. Au contraire, le col une fois sectionné, le fibrome devient facilement mobilisable et l'on éprouve bien peu de peine à le sortir du ventre en rompant de bas en haut, comme dans les salpingites, les adhérences que la tumeur a pu contracter avec les parois ou l'intestin.

Sans être enclavé dans le petit bassin, le fibrome peut parfois par son volume même rendre très laborieux le pincement et la section du pédicule utéro-ovarien. Ce sont les cas où le ligament large est absorbé presque entièrement par la tumeur qui s'est insinuée entre ses deux feuillets (fig. 14).

La décollation antérieure sera alors employée avec profit. Après la section du col en effet, le fibrome étant extériorisé hors de l'abdomen, les pédicules utéro-ovariens de chaque côté s'allongeront en un faisceau qu'on aura sous la main et qui sera des plus faciles à pincer et à sectionner directement.

Ainsi donc, en présence d'un fibrome volumineux, le chirurgien *devra faire le départ* entre les avantages qu'il pourra retirer de la section première du col et les

conditions défectueuses au point de vue de l'asepsie dans lesquelles le mettra l'ouverture prématurée de la cavité utérine.

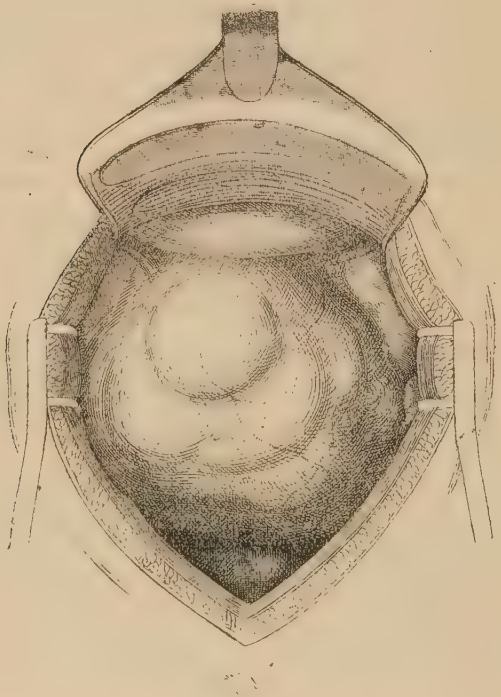

FIGURE 14.

Fibrome utérin ayant complètement soulevé les deux feuillets du ligament large.

Il peut arriver qu'un fibrome soit accompagné d'annexite uni ou bilatérale qui le flanque. En pareil cas la décollation antérieure est tout indiquée.

Une *contre-indication absolue* à la décollation antérieure pour fibrome volumineux est le cas où le fibrome s'est développé sur la face antérieure du corps et

surtout du col. On ne saurait bien certainement entreprendre de sectionner une telle masse de tissu utérin pouvant avoir plusieurs centimètres de largeur et de profondeur. On se retrouve en somme devant la même objection qui fait rejeter l'hémisection dans une salpingite difficile quand le corps de l'utérus est en même temps fibromateux.

Dans cette circonstance, l'opération de choix est le procédé de Doyen : la section première du cul-de-sac postérieur. C'est une sorte de décollation postérieure mais en dehors et au-dessous du col, qui n'est pas intéressé.

III. — Tumeurs du ligament large

Ces tumeurs bénéficient de tous les avantages que la décollation antérieure apporte au traitement des salpingites. Deniker, d'ailleurs, dans sa thèse sur les tumeurs du ligament large, la recommande chaleureusement.

Si l'on a soin en effet de procéder systématiquement aux temps préliminaires de la décollation, on s'assure les résultats suivants qui ont pour l'extirpation de la tumeur intraligamentaire la plus grande importance.

1° On s'évite, en ne s'attaquant pas en premier au kyste lui-même, de le confondre avec un kyste pédiculé et de le traiter comme tel. L'erreur est en effet assez fréquente, car il est souvent difficile au premier abord de distinguer une tumeur incluse d'une tumeur qui ne l'est pas. On peut être tenté de la ponctionner, puis on constate que le kyste est adhérent et enfin qu'il est inclus.

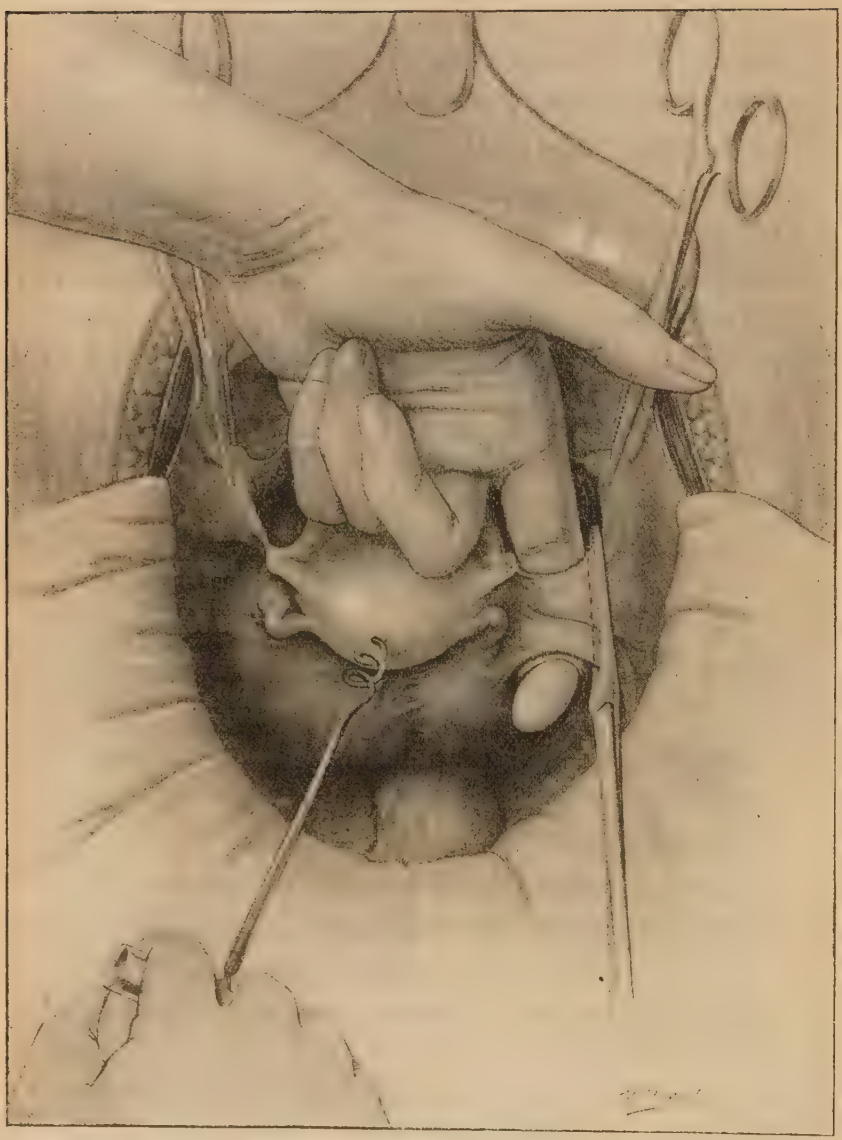

FIGURE 15.

Dans certains cas, les annexes ayant dédoublé les deux feuillets du ligament large, refoulent vers le haut le pédicule utéro-ovarien, qui vient ainsi coiffer le pôle supérieur de la tumeur salpingienne, à la surface de laquelle il s'étale. Dans ces conditions, on peut, une fois le ligament large ouvert en avant, glisser l'index de la main gauche recourbé en crochet, sous les vaisseaux, les rassembler, les charger et, laissant l'index en place, pincer le pédicule et le sectionner.

2° On a fait l'hémostase, non seulement des pédicules utérins, puisque c'est par là que l'on commence, mais encore bien souvent celle de l'un ou des deux pédicules utéro-ovariens.

Comme le fait remarquer Louis Bazy, « il est une particularité que l'on peut remarquer dans certaines tumeurs qui dédoublent les deux feuillets du ligament large, c'est qu'elles refoulent vers le haut le pédicule utéro-ovarien qui vient coiffer leur pôle supérieur et s'étaler à sa surface. Or il arrive fréquemment qu'une fois le feuillet antérieur du ligament large incisé, celui-ci qui était très fortement distendu par le développement de la tumeur se rétracte. Les deux lèvres de l'incision s'écartent l'une et l'autre, et en même temps qu'on voit la lèvre supérieure se replier vers le haut, on aperçoit les éléments du pédicule utéro-ovarien qui se ramassent et se condensent.

Dans de telles conditions on peut, une fois le ligament large ouvert en avant, glisser l'index de la main gauche recourbé en crochet sous les vaisseaux, les rassembler, les charger, et laissant l'index en place, pincer le pédicule et le sectionner (fig. 15).

3° On a trouvé le bon plan de clivage. Comme dans les salpingites, grâce à la large ouverture du péritoine.

La décollation antérieure a donc des indications très variées et très étendues, aussi étendues si ce n'est plus que n'importe quel procédé d'hystérectomie.

C'est sur ce caractère de généralité qu'a insisté avec raison Bazy et c'est pourquoi de Martel pouvait dire

dans son article de 1909 « s'il me fallait adopter une seule technique pour tous les cas, comme le font certains chirurgiens que je crois d'ailleurs dans l'erreur, je n'hésiterais pas à choisir la décollation antérieure ».

C'est qu'en effet la technique de de Martel possède ces qualités qui font d'une opération une vraie méthode chirurgicale, elle est bien réglée, elle est sûre, elle est générale.

CHAPITRE IX

« LA TACTIQUE OPÉRATOIRE »

J.-L. Faure dans son *Traité de Gynécologie,* au chapitre Indications et choix des procédés, s'exprime ainsi :

« Et maintenant il me reste à étudier dans l'hystérectomie abdominale le point que je considère comme le plus important de toute la technique gynécologique : je veux dire l'adaptation des procédés aux lésions que l'on doit combattre, et pour tout dire en un mot cette *tactique opératoire* dont j'ai parlé plus haut.

« Je l'ai dit et je le répète, dans une hystérectomie abdominale, tout l'art du chirurgien ne consiste pas à enlever l'utérus, il consiste à le bien enlever. J'entends par là à l'enlever le plus simplement possible et dans les conditions les meilleures d'aisance et de facilité. Car je ne me lasserai pas de le répéter, toutes choses égales d'ailleurs, la bénignité d'une opération comme celle-ci est proportionnelle à la simplicité des manœuvres qui permettent de la mener à bien.

« J'ajoute que je ne crois pas dévoir tenir pour négligeable l'élégance avec laquelle une opération peut être

conduite, et si tous les efforts du chirurgien doivent tendre à la sécurité et à la bénignité de l'opération, il faut se souvenir que cette sécurité et cette bénignité dépendent, jusqu'à un certain point, de l'élégance avec laquelle elle est faite, puisque celle-ci est elle-même subordonnée à la facilité des manœuvres opératoires et au choix judicieux des procédés les mieux adaptés aux lésions pour lesquelles on est appelé à intervenir. »

L'auteur résume son chapitre en ces termes qui sont une sorte de *guide du chirurgien* opérant une salpingite.

1° Dans les annexites bilatérales mobiles et sans adhérences, ovarites scléro-kystiques, tumeurs bilatérales des trompes et des ovaires tous les procédés sont bons. Mais on aura recours de préférence à l'hystérectomie par décollation postérieure ou à son défaut au procédé de Kelly.

2° Dans les annexites libres sur un des côtés, adhérentes de l'autre aux parois pelviennes, on emploiera le procédé de H.-A. Kelly.

3° Dans les annexites bilatérales difficiles, adhérentes des deux côtés, on aura recours systématiquement à l'hémisection utérine. Dans quelques cas si les annexes sont bien séparées de l'utérus on pourra employer le procédé de Terrier.

4° Dans certaines conditions on pourra combiner entre eux ces différents procédés et en particulier le procédé de Terrier et celui de H.-A. Kelly.

5° Dans les utérus rétro-fléchis avec adhérences postérieures on aura recours à la décollation antérieure,

complétée au besoin, dans certains cas très difficiles, par une hémisection de bas en haut.

Dans sa pratique chirurgicale J.-L. Faure nous a dit que sur 100 hystérectomies il faisait approximativement de 60 à 65 américains, 10 décollations postérieures, 20 hémisections et seulement 5 décollations antérieures. Cette dernière est donc extrêmement peu employée par son auteur.

Munis et forts des arguments que nous avons exposés nous pensons que la décollation antérieure telle que la reprise de Martel, doit en réalité prendre une large place dans les chapitres sus-énumérés du *guide chirurgical* et dans tous les chapitres sauf le premier. Dans quelle proportion ? Cela dépendra de chaque chirurgien, de ses tendances, de ses habitudes antérieures.

En tous cas, d'après ce que nous avons dit des temps préliminaires de la décollation antérieure de de Martel, de leurs avantages, de la facilité qu'ils donnent pour l'hémostase et le décollement des annexes, quel que soit le procédé employé par la suite, nous concluons en disant que si l'hystérectomie par décollation que nous avons décrite n'a pas la prétention d'être le meilleur procédé d'hystérectomie, tout chirurgien cependant a intérêt à commencer toujours son hystérectomie comme s'il voulait réellement faire une décollation. Libre à lui de prendre par la suite le procédé qui lui semblera le plus opportun.

OBSERVATIONS ET STATISTIQUES

I. — Statistique du Dr de Martel

Sur 294 cas d'hystérectomie abdominale, de Martel a fait 209 hystérectomies par le procédé classique descendant et symétrique, 2 par hémisection, 1 par le procédé américain et 82 par décollation antérieure.

Ces dernières se décomposent ainsi :

Salpingites.	74
Fibromes.	5
Kystes du ligament large . . .	3

Nous reproduisons ci-dessous une observation très intéressante de de Martel parue dans son article de la *Presse Médicale*.

FIGURE 16

Ces deux gros kystes ont été enlevés d'un seul bloc, avec l'utérus, par décollation antérieure.

L'américain était impossible. C'était sous le foie et la rate qu'il fallait chercher le bord libre du ligament large qui, d'ailleurs, n'existait pour ainsi dire plus, absorbé qu'il était par les deux tumeurs.

Le Terrier eût abouti à la rupture successive des deux poches. La grande pince placée sur le bord interne du ligament large, en en maintenant les deux feuillets accolés, se serait opposée à toute tentative d'énucléation sous-péritonéale.

L'hémisection aurait pu convenir, mais le fond de l'utérus, tordu en arrière et recouvert par les deux tumeurs, était inaccessible.

La décollation antérieure fut facile et rapide.

II. — Statistique et Observations du Dr Louis Bazy

De 1910 à 1913 Louis Bazy a exécuté 59 hystérectomies par décollation antérieure dans le service du Dr P. Bazy, son père, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Ces opérations se repartissent ainsi :

Salpingites.	39
Fibromes.	11
Tumeurs du ligament large.	3
Grossesses tubaires.	4
Kystes de l'ovaire.	2

Nous rapportons trois observations très suggestives qu'il a publiées dans son excellent article de la *Revue de gynécologie* sur les indications de l'hystérectomie par décollation antérieure.

Obs. I. (Louis Bazy). — *Hystérectomie abdominale subtotale pour tumeur kystique développée aux dépens de la trompe et de l'ovaire droits* (fig. 17).

L'abdomen ouvert et garni, on aperçoit en avant et sur la ligne médiane l'utérus tout petit, flanqué des annexes gauches qui sont d'apparence normale, sauf l'ovaire qui est kystique, mais qui sont prolabées et collées contre la paroi latérale du bassin à un tel point que leur pédicule ne peut être mis en évidence. En arrière de l'utérus se trouve la masse kystique développée aux dépens des annexes droites. Elle a le volume d'une tête d'enfant et remplit tout le cul-de-sac de Douglas. Il est impossible d'apercevoir son pédicule. On saisit l'utérus avec une pince à traction et on commence immédiatement la décollation antérieure. Pincement des ligaments ronds. Taille du lambeau péritonéal antérieur. Pincement et section des utérines. Avant de couper le col on s'assure qu'il n'y a par derrière aucun organe dangereux. Pour cela, on glisse derrière le col avec précaution l'extrémité fermée des longs ciseaux, en les présentant par le plat pour for-

mer spatule. On arrive à les insinuer entre le col et la tumeur. On retire alors les ciseaux, mais incomplètement, de façon à laisser engagée la branche postérieure. Un seul coup des grands ciseaux suffit pour trancher le col. La traction sur l'utérus per-

FIGURE 17

met alors de dégager complètement les annexes gauches *et de faire apparaître leur pédicule que l'on n'avait pas vu jusqu'alors.* On peut le pincer et le couper hors du ventre. A ce moment, il ne reste plus dans le bassin que le kyste tubo-ovarien. Très simplement on peut en faire le tour avec le doigt, le décortiquer malgré ses adhérences intimes avec le fond du pelvis et l'exté-

rioriser. Son pédicule bien isolé est traité comme le précédent. L'opération est ensuite terminée à la manière habituelle, avec grande rapidité, car les pédicules sont absolument nets. Grâce à la taille du grand lambeau péritonéal antérieur, la péritonisation est très aisée et permet de recouvrir complètement la large surface dénudée qui existait au point d'adhérence de la tumeur.

Obs. II (Louis Bazy). — *Hystérectomie abdominale subtotale pour volumineuses salpingites* (fig. 18 et 19).

L'abdomen ouvert et garni, on aperçoit l'utérus dont la face antérieure est entièrement masquée par la vessie adhérente. On

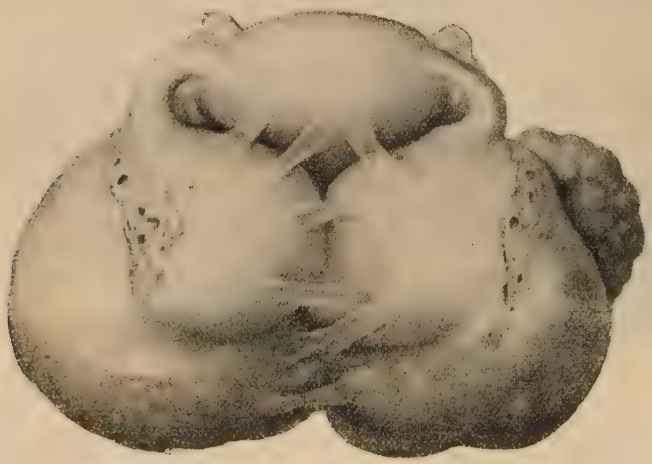

Figure 18

Vue d'en haut.

commence par dégager ces adhérences de la quantité juste nécessaire pour que l'on puisse saisir l'utérus, *et celui-ci étant saisi et attiré, la libération vésicale se fait avec une grande rapidité.*

Deux énormes salpingites flanquent la face postérieure de

l'utérus. Elles descendent jusqu'au fond du Douglas qui est exceptionnellement profond. Elles adhèrent entre elles par leurs

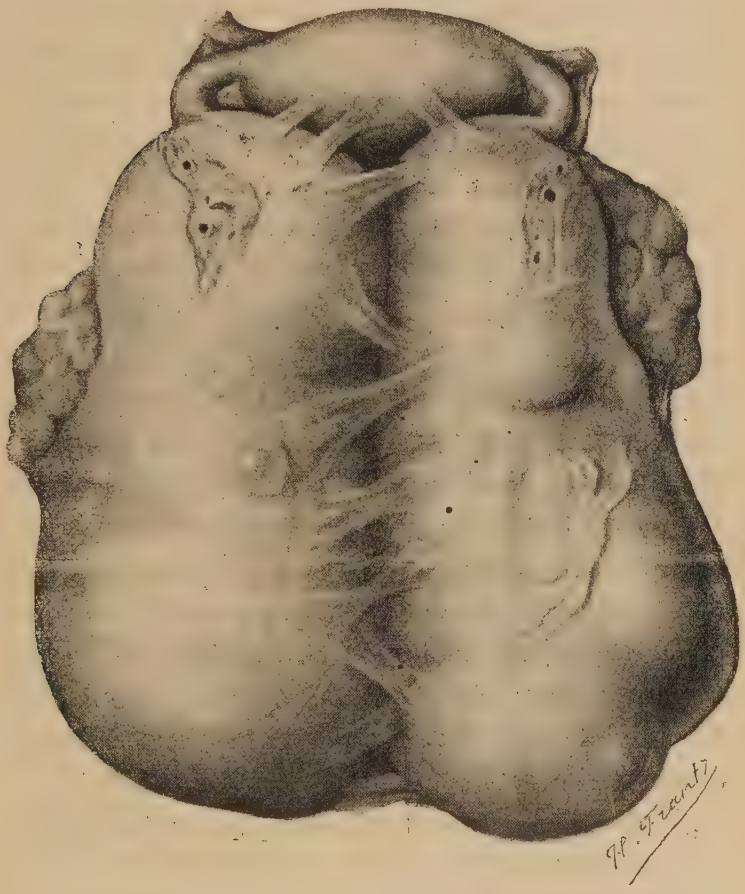

FIGURE 19

Vue postérieure.

bords correspondants et *à la face postérieure de l'utérus, laquelle est entièrement invisible.* Le décollement de ces trompes se présente dans des conditions particulièrement difficiles. Elles descendent si bas que le bout des doigts ne peut arriver jusqu'à

leur extrémité inférieure. Elles sont d'autre part littéralement enchâssées dans le bassin à la manière de deux balles élastiques que l'on aurait enfoncées à force dans un cylindre, de telle sorte qu'entre elles et la paroi pelvienne il est presque impossible de glisser la main, qui en tout cas ne peut se mouvoir aisément. Aussi la décollation est-elle immédiatement entreprise. On taille le lambeau péritonéal antérieur, après section des ligaments ronds. Les utérines sont découvertes. Avec précaution on dégage leur bord externe. On les pince et on les sectionne. Ensuite, toujours avec précaution, on essaie d'insinuer un doigt derrière la face postérieure du col. Petit à petit on peut détacher les adhérences résistantes qui unissent les trompes au col et faire un petit chemin dans lequel on peut engager la lame postérieure des grands ciseaux de Dubois. Le col est alors sectionné d'un seul coup et fermé comme à l'ordinaire par une pince de Museux. *Ceci fait, on peut, d'avant en arrière, passer son doigt sous le pédicule utéro-ovarien droit, en s'insinuant sous le péritoine et en perforant ensuite le feuillet postérieur du ligament large. On le pince et on le sectionne. L'annexe droite ne tient plus alors par rien. On l'attire assez facilement et on la rabat en dehors avec l'utérus.*

L'annexe gauche reste seule. Elle est facilement détachée, pédiculisée et enlevée.

On termine ensuite l'opération comme à l'ordinaire. La péritonisation est très facile et parfaite. Drain Goldmann.

N. B. — Nous ferons observer qu'il était dangereux d'essayer d'insinuer trop fortement les doigts entre la paroi pelvienne et les trompes. Celles-ci, comme nous avons pu nous en rendre compte en les coupant après l'opération, contenaient un liquide épais, grumeleux et sous forte tension, d'où la consistance élas-

tique et rénitente que présentaient les poches. En appuyant sur elles avec force, comme on est souvent contraint de le faire dans les manœuvres de décollement, on s'exposait à les rompre, accident que nous avons évité avec la décollation.

Obs. III (Louis Bazy). — *Hystérectomie abdominale subtotale pour fibro-sarcome inclus dans le ligament large* (fig. 20).

Le diagnostic clinique de cette tumeur était fibrome utérin volumineux. Effectivement, le ventre ouvert, on aperçoit une tumeur énorme, bosselée, dure, entièrement recouverte de péritoine et parsemée à sa surface de gros vaisseaux gorgés de sang, ce qui donne à l'ensemble de la tumeur une couleur rouge foncée et même violacée et, par places, un aspect véritablement érectile. Cette tumeur est absolument immobile, quoique non adhérente, et la main qui cherche à en faire le tour est très vite arrêtée sans être parvenue à la mobiliser. En l'explorant, on découvre dans le flanc gauche, profondément caché sous la paroi abdominale, derrière le pubis, l'utérus tout petit et dont le fond se détache à peine sur la masse et ne s'en distingue que par sa coloration plus pâle et rosée. Immédiatement on le saisit avec une pince à traction et on tend sa face antérieure, ce qui permet d'apercevoir les deux ligaments ronds, que l'on saisit et que l'on coupe entre deux pinces. On taille le lambeau péritonéal antérieur, puis on pince et on sectionne les deux pédicules utérins. D'avant en arrière, on peut alors couper le col dont les deux moitiés se séparent bientôt. Cette section du col utérin suivie de traction sur le corps a pour effet de faire apparaître les annexes gauches qu'on n'avait pas vues jusqu'alors, de pincer leur pédicule et de le couper. La tumeur apparaît bien nettement alors

comme une tumeur incluse dans le ligament large et dont la partie inférieure se trouve maintenant à nu par suite de l'ouver-

FIGURE 2

ture béante faite dans le feuillet antérieur du ligament large. On glisse la main sous le pôle inférieur de la masse qu'on libère prudemment et qu'on dégage petit à petit en la refoulant vers le flanc droit, comme si on voulait la faire rouler de la gauche

vers la droite. Pour cela, l'aide l'attire à lui pendant que l'opérateur effectue la décortication. Dans ce mouvement une première bride vasculaire se tend, que l'on coupe après l'avoir pincée. Le dégagement de la tumeur s'accélère alors très vite et bientôt, entièrement libérée de son enveloppe péritonéale, elle ne tient plus que par un pédicule qui occupe la place du pédicule utéro-ovarien. Hors du ventre, on le coupe derrière une pince. En jetant un coup d'œil sur la pièce, on s'aperçoit, ainsi que le montre la figure 20, que la tumeur en se développant avait séparé en deux parties le pédicule utéro-ovarien et que ces deux moitiés creusent à la surface de la tumeur deux sillons extrêmement profonds. La trompe et l'ovaire droits sont aplatis et comme « laminés » à la surface de la tumeur, et ne sont visibles sur la figure que parce qu'ils ont été disséqués et artificiellement séparés des plans sous-jacents.

Tous ces temps ont été extrêmement rapides. Pas une goutte de sang ne s'est écoulée au cours de l'extirpation de la tumeur, ce qui ne laisse pas que de causer une agréable surprise, étant donné l'aspect véritablement effrayant que présentait la tumeur au premier abord.

La pièce enlevée, il persiste une surface dénudée énorme qui comprend la presque totalité du petit bassin. Mais le péritoine forme de si grands lambeaux que l'on peut effectuer très facilement la péritonisation qui, une fois terminée, reconstitue intégralement la continuité du revêtement séreux. Fermeture sans drainage.

L'opération a été très rapide, moins d'une demi-heure. Les suites en ont été tout particulièrement simples et la malade, âgée de 62 ans, quittait l'hôpital quinze jours après avoir été opérée. Elle avait commencé à se lever au douzième jour.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

III. — Statistique du Service du Dr Rochard

(Hôpital Saint-Louis)

(1er mai 1913 — 1er avril 1914)

Il a été fait 38 hystérectomies par la décollation antérieure se répartissant ainsi :

Hystérectomies	pour salpingites	30
—	— fibromes	2
—	— kystes du ligament large	3
—	— grossesse tubaire enkystée	3

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Obs. I. — P. Adrienne, opérée le 8 août 1913.

Salpingite bilatérale, petites lésions, à gauche, volumineuse poche kystique à droite.

Hystérectomie subtotale par décollation antérieure.

Suture de la paroi en trois plans.

Obs. II. — B. Euphrasie, 23 ans. Opérée le 13 janvier 1914.

Malade opérée il y a un an d'hystéropexie et qui a continué de souffrir de plus en plus.

Après laparotomie, on trouve un utérus avec de nombreuses adhérences épiploïques et les trompes rouges et enflammées.

Résection épiploïque.

Hystérectomie subtotale par décollation antérieure.

Appendicectomie.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Obs. III. — B. Maria, 26 ans. Opérée le 17 janvier 1914.

Après laparatomie, on tombe sur un hydrosalpinx droit du volume d'une grosse orange très adhérent.

Petit hydrosalpinx gauche.

Hystérectomie subtotale par décollation antérieure.

Appendicectomie.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Obs. IV. — L. Marie, 28 ans. Opérée le 19 janvier 1914.

Petite salpingite bilatérale ; utérus volumineux.

Hystérectomie subtotale par décollation antérieure.

Appendicectomie.

Paroi en trois plans.

Obs. V. — G. Delphine, 29 ans. Opérée le 22 janvier 1914.

Après laparotomie faite sur une paroi excessivement grasse, on tombe sur un très volumineux kyste du ligament large gauche, qui remplit tout le petit bassin à gauche et le Douglas jusque vers le côté droit.

A droite petit hydrosalpinx.

On entreprend la décollation antérieure de de Martel, mais dans l'exécution de la perforation du feuillet postérieur du ligament large droit, la trompe droite est rompue près de son insertion utérine par suite d'une traction trop brusque et mal dirigée.

L'énucléation du kyste est très difficile; il adhère intimement

à la face antérieure du rectum. Il finit par se rompre. Le contenu est séreux.

On met un drain et une mèche abdominale.

Obs. VI. — A. Blanche, 30 ans. Opérée le 7 février 1914.

On avait porté le diagnostic de fibrome utérin pédiculé.

Après laparotomie on tombe sur une tumeur du volume d'une mandarine qu'on reconnaît développée aux dépens du ligament rond gauche.

A l'examen des organes l'utérus semble normal, mais les annexes des deux côtés semblent volumineuses.

On entreprend la décollation antérieure :

Prise du ligament rond droit à 3 centimètres de l'utérus.

Prise du ligament rond gauche en dehors de la tumeur.

Section des deux ligaments et taille du lambeau péritonéal.

Effondrement facile du feuillet postérieur du ligament large droit et gauche.

Prise des utérines. Section du col aux ciseaux de Dubois.

A droite le décollement des annexes est assez difficile, la trompe recourbée sur elle-même est accolée à la face antérieure du rectum qu'on amène avec elle et dont on la sépare en dernier.

Sa libération par le procédé américain qu'on aurait commencé par la droite à cause de la présence du fibrome gauche eût été certainement beaucoup plus difficile, et on se serait exposé à crever la poche salpingienne.

Le décollement de la trompe gauche est facile.

L'utérus, les deux trompes, et la tumeur du ligament rond sont enlevés en bloc.

Les ovaires sont kystiques.

Le col est thermocautérisé et fermé. Péritonisation.

Fermeture de la paroi en trois plans.

A la coupe, la tumeur paraît être un fibrome.

Les trompes sectionnées laissent écouler un liquide louche, presque purulent.

Obs. VII. — L. Valérie, 18 ans. Opérée le 9 février.

La malade était entrée à l'hôpital pour une salpingite bilatérale surtout marquée à gauche. Il s'était développé par la suite une grosse collection qui s'était ouverte dans le rectum.

Après laparotomie on tombe sur des annexes gauches volumineuses, refoulant l'utérus à droite.

On procède à la décollation antérieure de de Martel.

Les annexes droites sont facilement énuclées.

Les annexes gauches sont beaucoup plus difficiles par suite des adhérences au rectum.

La face antérieure du rectum reste d'ailleurs dénudée en un point au niveau de l'ancien trajet fistuleux.

Péritonisation sur le col.

Un drain dans le Douglas.

Fermeture en trois plans.

Le cinquième jour il se fait une fistule stercorale par le trajet du drain, elle dure une quinzaine de jours et se ferme spontanément.

Obs. VIII. — L. Charlotte, 37 ans, opérée le 12 février 1914. On avait diagnostiqué une salpingite.

On trouve en réalité un kyste inclus du ligament large gauche du volume d'une orange.

Petite salpingite à droite.

On fait la décollation antérieure.

On commence par extirper la salpingite droite qui est adhérente dans le Douglas.

Le kyste du ligament large gauche est abordé par en avant et en dedans; il est très adhérent, le plan de clivage est difficile à trouver.

Péritonisation. Paroi en trois plans.

Obs. IX. — D. Alice, 27 ans, opérée le 13 février 1914.

Salpingite bilatérale.

On amarre l'utérus avec une pince de Museux, mais en le tirant en avant pour commencer la décollation antérieure on déchire un abcès qui siège dans le Douglas. Il s'écoule du pus qui est aussitôt épongé.

La décollation s'effectue facilement dans ses temps successifs.

Le fond du petit bassin saigne au niveau de l'abcès et des adhérences.

La péritonisation n'est pas possible.

On met une mèche et un drain abdominal.

Suture aux bronzes.

Obs. X. — C. Henriette, 36 ans, opérée le 16 février.

Fibrome utérin du volume des deux poings avec un prolongement postérieur enclavé dans le Douglas.

Décollation effectuée très facilement.

Péritonisation.

Paroi en trois plans.

Obs. XI. — R. Marie, 30 ans, opérée le 21 février.

On a fait le diagnostic de kyste de l'ovaire gauche avec prolongement dans le Douglas.

Après laparotomie on tombe sur un kyste du volume d'une tête d'enfant qu'on ponctionne.

Une fois vidé en partie on s'aperçoit qu'il s'agit d'un volumineux hydrosalpinx gauche. On l'extériorise et on l'extirpe.

Le contenu était clair comme du liquide hydatique.

On s'aperçoit que la trompe droite est aussi kystique, prolabée fortement et adhérente dans le Douglas.

On fait la décollation antérieure pour pouvoir extirper très facilement cette trompe prolabée.

Péritonisation.

Suture en trois plans. Un petit drain.

Obs. XII. — V. Marie, 30 ans, opérée le 26 février.

Double salpingite ancienne à droite, récente à gauche.

Décollation antérieure sans incident.

Péritonisation ; un petit drain.

Suture de la paroi en trois plans.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérectomie par décollation antérieure a été conçue et pratiquée pour la première fois presque simultanément par Kelly en Amérique et J.-L. Faure en France. Dans la pensée de ces deux chirurgiens, cette opération s'adressait aux cas d'hystérectomie difficiles où s'offre seulement comme voie d'abord la face antérieure du col de l'utérus. C'était donc pour eux un procédé d'exception.

II. — Ce procédé a pour but de se frayer un passage à travers le col pour aborder le décollement des annexes de bas en haut et d'avant en arrière, ce qui est la voie vraiment chirurgicale, la plus facile et la plus sûre.

Aussi, frappé des avantages qu'offre cette opération, de Martel a-t-il songé à transformer ce procédé d'exception en méthode générale. La décollation antérieure pouvant dès lors être aussi bien employée dans des hystérectomies faciles que dans des cas très compliqués.

III. — Dans ce but, de Martel a apporté à la technique de l'opération des modifications et des perfectionnements qui l'ont notablement modifiée.

Avant de procéder à la section du col, on effectue les deux temps suivants :

Premier temps. — Pincement et section des ligaments ronds à 3 centimètres environ de l'utérus et décollement et section du feuillet péritonéal antérieur d'un ligament rond à l'autre. Refoulement du lambeau péritonéal antérieur et de la vessie.

Deuxième temps. — Pincement des utérines après effondrement au doigt du feuillet postérieur du ligament large.

De ces deux temps le premier est pour ainsi dire presque toujours possible. Il facilite considérablement le reste de l'opération et la péritonisation du petit bassin.

Il ne convient pas seulement à la décollation antérieure mais peut être employé quel que soit le procédé d'hystérectomie auquel on ait recours.

Le deuxième est quelquefois irréalisable ou seulement réalisable en partie. Il assure une hémostase très régulière et très complète et peut également apporter une réelle amélioration aux autres procédés d'hystérectomie.

IV. — La décollation ainsi comprise peut, en principe, être appliquée dans tous les cas de salpingites faciles ou difficiles.

Ses avantages sont de se débarrasser d'abord de l'utérus ; de faire l'hémostase correcte des utérines ; de décoller les annexes dans le sens facile ; de pincer et lier facilement — hors du ventre — les pédicules utéro-ovariens. La décollation antérieure présente également des avantages dans l'hytérectomie pour tumeurs du liga-

ment large et pour certains fibromes utérins (latéraux et postérieurs).

V. — Mais la décollation antérieure ne va pas sans un certain nombre d'inconvénients.

Le plus grave reproche qu'on peut lui opposer est que la section première du col ouvrant presque dès le début de l'opération la cavité utérine est une faute au point de vue de l'asepsie.

La chose a moins d'importance dans les salpingites suppurées difficiles, mais l'objection garde toute sa valeur dans les cas faciles et dans les fibromes.

De plus, la décollation est impossible dans les cas, très rares, il est vrai, où la face antérieure du col, enfouie au milieu des masses salpingiennes débordant en avant, n'est ni visible, ni accessible.

VI. — Aussi, la décollation antérieure de de Martel qui est une excellente opération et dont l'usage doit être généralisé dans la pratique chirurgicale courante, doit-elle, dans certains cas, céder le pas à un autre procédé par raison d'asespsie, de rapidité ou d'opportunité.

Elle n'en reste pas moins une méthode facile, bien réglée, élégante et dont le caractère de généralité se manifeste nettement à mesure qu'on l'emploie davantage.

Vu : le Président de la thèse,
LEJARS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Barnsby. — *Archives d'Obstétrique et Gynécologie*, mai 1913.

Bazy Louis. — Technique de l'hystérectomie par décollation antérieure. *Revue de Gynécologie*, octobre 1912. Indications et résultats de l'hystérectomie par décollation antérieure. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, septembre 1912.

Deniker. — Les tumeurs du ligament large. *Thèse de Paris*, 1910.

Duret. — *Semaine gynécologique*, 1897.

Faix. — *La Gynécologie*, mai 1909.

Faure (J.-L.). — *Bulletin médical*, 7 novembre 1900. *Tribune médicale*, 4 juillet 1903. Chirurgie des annexes de l'utérus, p. 272 et suivantes. Traité de gynécologie médico-chirurgicale (en collaboration avec Siredey), 2e édition, p. 733-738, p. 753.

Kelly. — *John Hopkins Hôpital Bulletin*, mars 1900. *Saint-Paul Médical Journal*, juin 1901.

Martel (de). — Quelques mots en faveur de l'hystérectomie par décollation antérieure. *Presse médicale*, 1er septembre 1909.

Ricard. — Du procédé de la décollation antérieure dans l'hystérectomie abdominale. *Gazette des Hôpitaux*, 1er avril 1913.

Swiecinski. — De l'hystérectomie abdominale subtotale par le procédé de la décollation antérieure. *Thèse de Paris*, mars 1909.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	9
Chapitre I. — Généralités	11
Chapitre II. — Historique	16
Chapitre III. — Technique de J.-L. Faure.	22
Chapitre IV. — Technique de Ricard	24
Chapitre V. — Technique de de Martel	29
A. — Préliminaires de l'opération	29
B. — Décollation proprement dite.	34
C. — Fin de l'opération	59
Chapitre VI. — Parallèle entre les différents procédés de Décollation antérieure	62
Chapitre VII. — Parallèle entre la Décollation antérieure et les différents procédés d'hystérectomie subtotale.	65
Chapitre VIII. — Indications de la Décollation antérieure.	78
Chapitre IX. — « La Tactique opératoire »	85
Observations et Statistiques	88
Conclusions	105
Index bibliographique.	109

MAYENNE, IMPRIMERIE CH. COLIN